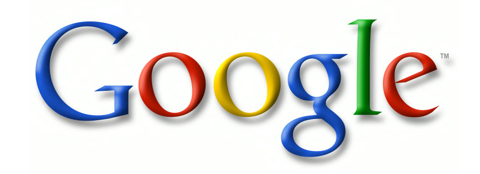
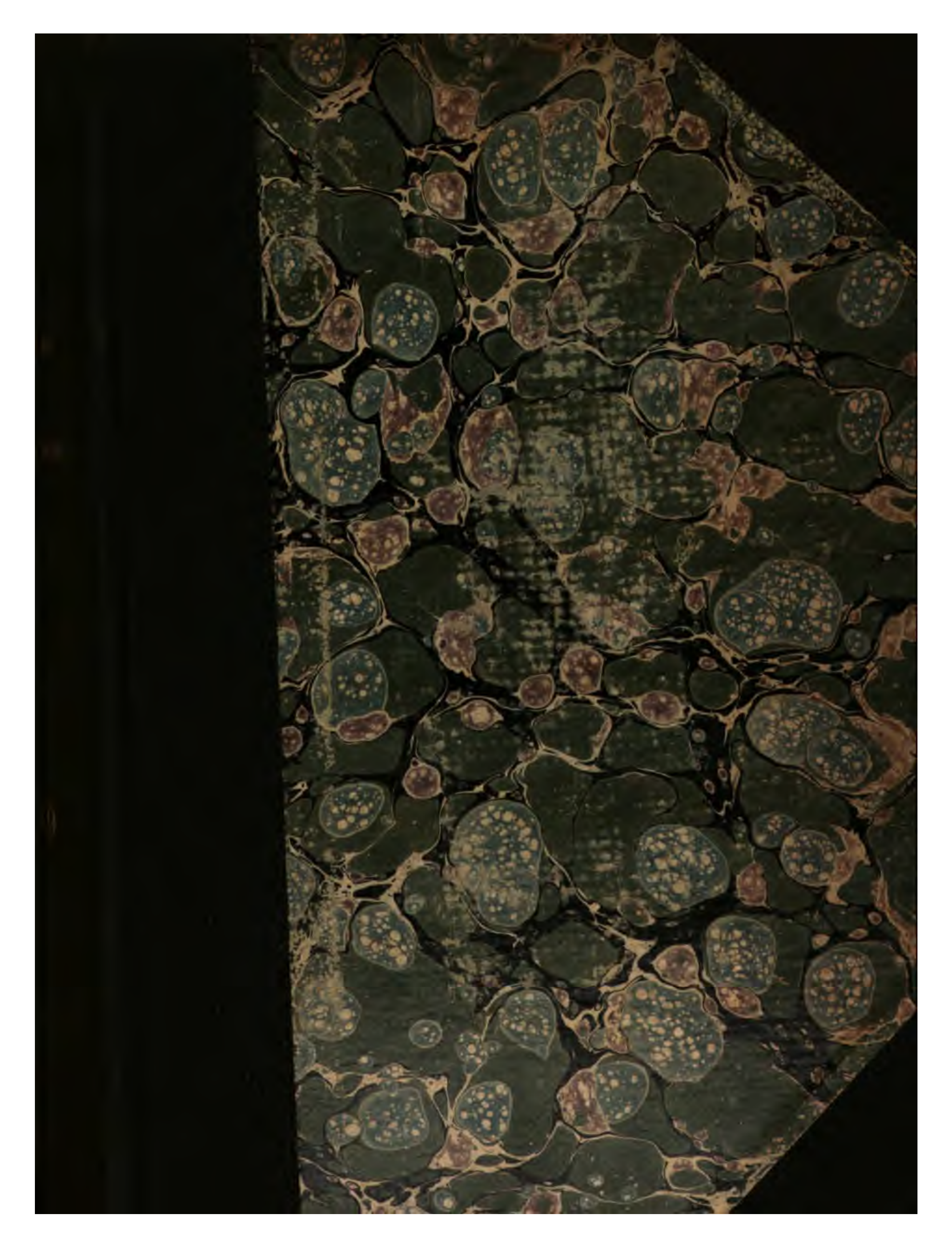




ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME LI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour les pays de l'Union postale....	22	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 4, place Malesherbes, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME LI

Contenant des travaux de

BERTHIER (C.), CHAVANNAZ, COUVELAIRE, DELAGÉNIÈRE (du Mans), DELAGÉNIÈRE (de Tours), DELBET (P.), DE SINÉTY, DUJON, DÜHRSSEN, FREDET, HALLÉ (J.), HAINWORTH, HARTMANN (H.), HERRGOTT (A.), JOHN PHILLIPS, LABUSQUIÈRE, MANGIN, MICHELINI, PICQUÉ et MAUCLAIRE, PINARD, THIERRY, TURENNE, VARNIER.

1899
(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

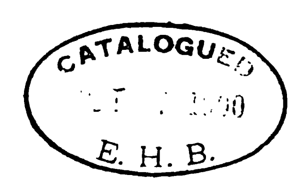
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

—

1899



BOSTON MEDICAL
OCT 17 1900
LIBRARY.



CATALOGUED
E. H. B.



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1899

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'AVORTEMENT MÉDICALEMENT PROVOQUÉ

OU

AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE

Par le Professeur **Adolphe Pinard** (1).

« On désigne ainsi, médicalement parlant, l'avortement provoqué en vue de sauver la mère, dans les cas où son existence est mise en péril par le développement du produit de conception ; en d'autres termes, c'est le *sacrifice* du fœtus lorsque son existence est en conflit avec celle de la mère. Il ne diffère que par l'intention de l'acte coupable, recherché et puni par la loi, qui est aussi un avortement provoqué. Pour éviter un rapprochement aussi compromettant, et marquer la différence d'intention, on dit souvent : avortement *médical*, *obstétrical*,

(1) Communication faite au *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Marseille.*

prophylactique, *thérapeutique*, sans que l'une ou l'autre de ces désignations ait prévalu jusqu'à présent » (1).

Telle est la définition accompagnée de commentaires donnée par Jacquemier et acceptée, avec quelques variantes, par les auteurs contemporains qui ont consenti à définir cet acte opératoire.

Il me semble nécessaire, à l'heure actuelle, de restreindre et de préciser cette définition, d'où découlent des indications pouvant être discutées ou admises autrefois, mais qui ne me paraissent plus devoir être acceptées à notre époque.

« La légitimité de l'avortement médical, dit encore Jacquemier, bien que privée de la sanction juridique, n'est pas douteuse. Ce qui lui manque à défaut d'une sanction juridique, c'est une formule claire et vraie, justifiant en droit cette dérogation exceptionnelle... Aujourd'hui qu'on n'hésite plus à interrompre dès ses premières phases une grossesse qui n'eût pu arriver à son terme sans mettre en danger la vie de la femme enceinte, il n'est pas un médecin digne de ce nom qui consentirait à rester volontairement un témoin inactif. L'essentiel pour lui, c'est que l'*indication soit réelle* (2) et qu'il n'y ait pas de méprise possible à cet égard. Pour cela, le plus sûr et le plus prudent est de faire contrôler son appréciation par des confrères compétents » (3).

Que doit-on entendre par indication réelle de l'avortement provoqué ?

On a cru la trouver dans trois conditions fort différentes : 1° dans les cas d'étroitesse extrême de la filière génitale ; 2° dans des cas où des accidents graves dus à la grossesse menacent très prochainement l'existence de la femme enceinte ; 3° dans les cas de maladie venant compliquer la grossesse, mais indépendants d'elle.

(1) JACQUEMIER. Avortement provoqué. *Dict. des Sc. méd.*, 1re série, t. VII, p. 574.

(2) Les mots en italiques de la première et de la deuxième citation de Jacquemier ont été soulignés par moi.

(3) JACQUEMIER. *Loc. cit.*, p. 575.

Examinons la première indication : les cas d'étroitesse extrême du bassin.

A l'époque où les accoucheurs discutaient et luttaient pour faire admettre la légitimité de l'accouchement provoqué (1), c'est-à-dire il y a cinquante ans environ (2), l'indication de l'avortement provoqué dans les cas d'étroitesse extrême du bassin pouvait et devait être posée. En effet, les moyens thérapeutiques dont on disposait alors, ne laissaient, en face d'une femme enceinte atteinte de rétrécissement extrême du bassin, d'autre alternative que l'opération césarienne ou l'embryotomie pratiquée sur l'enfant vivant, c'est-à-dire véritablement le *sacrifice* de l'enfant.

Or comme, à cette époque, l'opération césarienne était presque toujours suivie de la mort de la mère, la majorité des accoucheurs se rallia à cette idée qu'il était préférable de pratiquer l'embryotomie chez une femme à terme, ou l'avortement provoqué au début de la grossesse.

Mais en lisant la mémorable discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1852 (3), il est facile de voir avec quelle réticence, avec quelle peine je dirai, le grand accoucheur qu'était Paul Dubois se résignait à accepter cette manière de voir et de faire.

Ainsi, à propos du rapport fait par Cazeaux sur une observation d'avortement provoqué, pratiqué par Lenoir chez une femme atteinte de rétrécissement extrême, et dans lequel

---

(1) Voir P. DUBOIS. *Gazette médicale*, 11e série, t. XI, p. 848.

(2) En effet, Dubois dans un renvoi de l'article de la *Gazette médicale* cité ci-dessus, dit : « Dans notre thèse de concours soutenue en 1834, sur la question suivante : Dans les différents cas d'étroitesse du bassin que convient-il de faire ? nous n'avons pas cru devoir nous informer de l'avortement provoqué dans les premiers mois de la grossesse ; le temps, l'expérience et la réflexion ont dissipé nos scrupules, ce travail que nous soumettons au public en est la preuve. Nous n'en persistons pas moins à croire que la question que nous agitons en ce moment est très délicate, très litigieuse, mais pour cette raison même nous pensons qu'elle est de celles qu'on doit savamment étudier, p. 187 (renvoi).

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1851-52, t. XVII, p. 364 et suiv.

Cazeaux admettait l'indication réelle fournie par l'angustie pelvienne et rejetait l'indication réelle fournie par les vomissements incoercibles, Dubois s'exprimait ainsi : « Chose étrange, Messieurs, plus je pénètre dans ce sujet délicat et grave, plus je suis convaincu que les deux questions comprises dans le rapport de M. Cazeaux et qui sont relatives à la provocation de l'avortement, celle qu'il a cru devoir résoudre négativement est précisément celle dont la solution affirmative devrait être le plus facilement acceptée. »

Dubois n'acceptait donc qu'à son corps défendant l'indication de l'avortement provoqué dans les cas de viciation extrême. Stoltz alla plus loin et repoussa absolument la destruction systématique du produit de la conception, accomplie dans le but d'éviter à la mère les dangers de l'opération césarienne (1).

La raison des hésitations de Dubois, des négations de Stoltz est facilement explicable. Dubois pensait que l'opération césarienne mettait *très probablement* la vie de la mère en danger, mais non fatalement puisqu'il avait connaissance de quelques opérations césariennes pratiquées avec succès pour la mère et pour l'enfant. Stoltz était plus affirmatif parce qu'il avait pratiqué lui-même plusieurs opérations césariennes avec succès pour la mère et pour l'enfant.

Il n'en est pas moins vrai qu'à part quelques exceptions, jusqu'à l'avènement de l'antisepsie, les accoucheurs en face d'une femme atteinte de rétrécissement extrême avaient recours soit à l'embryotomie, soit à l'avortement provoqué, suivant l'âge de la grossesse. Et, comme indication réelle de l'avortement provoqué étaient considérées comme classiques les conditions suivantes :

1° Les bassins dont le diamètre le plus réduit à moins de 6 centimètres et demi.

2° L'obstruction du bassin par des tumeurs qui ne peuvent être ni déplacées, ni ponctionnées, ni enlevées.

---

(1) In *Traité de l'art des accouchements* de H.-F. NÆGELÉ et GRENSER, 2e édit., 1881, note d'Aubenas, p. 561.

Aujourd'hui, en face des résultats obtenus, grâce à l'antisepsie, qui a permis aux opérations obstétricales de donner ce qu'elles donnent, *je déclare que pour moi l'indication réelle de l'avortement provoqué n'existe pas plus que l'indication de l'embryotomie sur l'enfant vivant et à terme dans les cas de rétrécissement du bassin quels que soient le degré, la forme et la nature de ce rétrécissement.*

La symphyséotomie et l'opération césarienne sont les seuls moyens thérapeutiques auxquels on doive avoir recours, chez une femme dont le bassin vicié ne permet pas le passage spontané du fœtus à terme. Je n'ai pas à parler ici de la ligne de partage qui sépare le domaine de ces deux opérations.

Et je suis convaincu que les grands maîtres de l'obstétrique qui, à l'Académie, ont si longuement, si brillamment et si stérilement discuté en 1852, et auxquels je me garderai d'adresser aucun reproche, placés en face des résultats obtenus par ces deux opérations, n'auraient pas hésité à adopter ma manière de voir.

En présence de ce que donne la symphyséotomie, j'ai entamé le procès contre l'embryotomie sur le fœtus vivant et on peut dire je crois, sans crainte d'être démenti, que la condamnation de cet acte opératoire est sans appel. J'ai entamé avec Farabeuf et Varnier le procès contre l'accouchement prématuré artificiel, contre l'application de forceps au détroit supérieur et j'espère qu'avant longtemps le même résultat sera obtenu. Mais je n'ai pas à parler de ce chapitre ici, quelle que soit son importance, puisque je ne m'occupe que de l'avortement provoqué. Pour ce dernier, son procès est facile à faire.

La vie de la femme enceinte est-elle menacée pendant sa grossesse parce qu'elle a un rétrécissement du bassin? Non. Les fœtus se développent-ils normalement chez une femme atteinte de rétrécissement du bassin ? Oui. Je dirai même à ce propos qu'ils se développent, plus sûrement ainsi que je l'ai fait remarquer ailleurs et que j'en ai donné les raisons (1).

---

(1) De la puériculture intra-utérine. *Annales de gynécologie*, août 1898, et *Clinique obstétricale*, 1899, p. 57.

Olshausen a fait la même constatation en ces termes, dans sa communication au Congrès de Moscou : « A propos des enfants, je signale encore ceci : très souvent, on fut frappé du volume relativement considérable de l'enfant comparé à l'exiguïté, à la petitesse de la mère rachitique. Vingt des enfants, dont le poids est noté, avaient un poids moyen de 3'315 gr... Le contraste d'ailleurs le plus frappant venait de l'enfant de cette même idiote, à pelvis nana, haute seulement de 111 centim. Cet enfant mesurait 45 centim. et pesait 3,000 gr. A sa sortie de l'hôpital, la mère ne pesait que 29 kilogr. (1). »

Donc sachant tout cela, irez-vous interrompre la grossesse ?

Mais au moment de l'accouchement, que se passera-t-il ? Quatre statistiques considérables vont répondre :

Olshausen dans cette même séance du 21 août nous apportait la statistique ci-dessous :

29 opérations césariennes ont été faites pour rétrécissement du bassin. *Résultats :*

29 enfants vivants : trois moururent quelques heures ou quelques jours après la naissance.

27 femmes guéries : 2 femmes moururent et toutes deux étaient opérées de la césarienne pour la 2e fois (2).

Zweifel dans la même séance communique la statistique suivante (3) :

En dix ans il a fait 55 opérations césariennes avec *un* décès. Et il considère les dangers de cette opération comme plus grands que ceux de la symphyséotomie.

Léopold vient de publier sa statistique portant sur cent cas d'opération césarienne et dont voici les résultats :

Opération césarienne conservatrice... 71 : 64 guéries, 7 morts.
Opération de Porro................. 29 : 26 guéries, 3 morts.

(1) De l'opération césarienne et de ses indications dans les rétrécissements pelviens. *Annales de gynécologie*, novembre 1897.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Annales de gynécologie*, novembre 1897, p. 387.

Enfin je puis encore rappeler que Breisky a pratiqué 11 opérations de Porro avec 11 succès (1).

En présence de ces résultats, je pense qu'il est difficile de légitimer une autre conduite que celle que je préconise.

Mais si le rétrécissement extrême du bassin ne constitue plus une indication réelle et légitime de l'avortement provoqué, est-ce que chez une femme atteinte d'angustie extrême et d'arrêt de développement de tout ou partie de son squelette, la grossesse par le fait du développement de l'utérus ne peut déterminer des accidents menaçant sa vie? En un mot, le rétrécissement de la cavité abdominale peut-il constituer une indication réelle d'avortement provoqué ?

Si cette indication peut se montrer, elle doit être très rare, si j'en juge par les observations suivantes dans lesquelles la grossesse a pu aller à terme et le développement du fœtus se faire normalement, alors que la cavité abdominale était réduite dans des proportions surprenantes.

Observation de Guichard (2). — Marie D..., 25 ans, taille 1 m. 08; cyphose dorsale, déformation de la colonne vertébrale telle que *la crête des os iliaques vient se placer à quelques travers de doigt au-dessous de chaque aisselle*. Rétrécissement du détroit inférieur. Diamètre bi-ischiatique, 4 centim. Grossesse allant à terme. Enfant vivant extrait par opération césarienne et pesant 2,700 grammes.

Observation 40 (3). — Femme que j'ai opérée à la clinique Baudelocque. Déformation du squelette. Scolio-cyphose de la région dorso-lombaire. Ne peut marcher qu'à l'aide d'une chaise ou de béquilles. Grossesse allant à terme. Enfant extrait par opération césarienne pesant 3,450 grammes.

Observation d'Olshausen (4). — Femme mesurant 111 centim. de taille. Enfant extrait par opération césarienne et pesant 3,100 grammes. Femme pesant à sa sortie de l'hôpital 29 kilogr.

---

(1) Varnier. De l'opération césarienne *Rev. pratique d'obstétrique et de pædiatrie*, t. V.

(2) Ambroise Guichard. Opération césarienne. *Annales de gynécologie*, mai 1882.

(3) *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque*, année 1893, p. 59.

(4) *Loco citato*.

Ces trois observations, qui pourraient être accompagnées de beaucoup d'autres, démontrent que le rétrécissement de la cavité abdominale et pelvienne produit par déformation ou arrêt de développement du squelette, même porté à un degré extrême, peut permettre à la grossesse d'aller à terme. Dans ces cas, l'utérus sort pour ainsi dire de la cavité abdominale proprement dite et se développe en dehors d'elle en retombant sur le pubis et les cuisses.

Ces faits m'autorisent à dire que l'indication réelle de l'avortement provoqué née d'un rétrécissement de la cavité abdominale sera exceptionnellement rencontrée.

Dans l'observation suivante, ce fut une autre considération — considération que nous n'admettrions plus à l'heure actuelle ni mon collègue Varnier ni moi si pareil fait se représentait — qui fit interrompre le cours de la grossesse.

OBS. **1480** (1). — *Femme rachitique, taille 1 m. 10. Avortement provoqué au 4e mois, œuf expulsé en entier.* — La nommée S...., primipare, 24 ans, entre à la clinique le 8 août.

Antécédents héréditaires. — Père ? Mère vivante bien portante, de petite taille. Trois sœurs bien portantes et bien conformées.

A marché à 12 mois, a continué à marcher jusqu'à 18 mois.

De 18 mois à 10 ans, marche interrompue. Réglée à 16 ans irrégulièrement. Mariée le 12 mars 1892. Date des dernières règles du 9 au 14 mai 1895. Hauteur de l'utérus, 11 centimètres, le 26 août.

Cette femme entre dans le service, amenée par sa famille, qui désire vivement qu'on provoque l'interruption de la grossesse, ne voulant pas lui faire courir les dangers d'une opération césarienne.

Examen. — Taille, 1 mètre 10. Poids 33 kilogr. Toute la partie supérieure du corps jusqu'au bassin est absolument normale d'apparence ; elle semble appartenir à une personne de petite taille bien constituée ; pas de déformation du thorax ni de la colonne dorso-lombaire, pas d'aplatissement de la tête ; seul le palais a une forme ogivale ; les dents sont normalement implantées.

Les cuisses sont très courtes, présentent une courbure à concavité

(1) *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque*, 1895.

interne. Distance du grand trochanter à la rotule : droite, 24 centim. ; gauche, 27 centim.

La déformation principale porte sur les tibias. Ils présentent un aplatissement considérable dans le sens transversal, en même temps qu'une forte courbure à concavité postérieure. L'angle a environ 120° d'ouverture. Les deux tibias entrent en contact vers le milieu de leur longueur, de sorte que les cuisses et les genoux ne peuvent être rapprochés.

Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe : droite, 44 centim. ; gauche, 45 centim.

La boiterie est insensible.

Bassin. — Dimensions entre les épines iliaques antéro-supérieures, 21 centim. Il ne paraît pas aplati dans le sens transversal. L'aplatissement antéro-postérieur est très considérable.

13 septembre. Mensurations faites sous chloroforme par M. Varnier. Diamètre P. S. P. 78 millim. ; de l'union de la première avec la deuxième sacrée au sous-pubis, 78 millim. ; de l'union de la deuxième avec la troisième sacrée, 82 millim.

La distance pubo-xiphoïdienne est de 33 centim. La grossesse pourrait très bien aller à terme. *La patiente et la famille repoussant l'opération césarienne*, M. Varnier se résigne, le 11 septembre, à provoquer l'avortement. Il introduit dans le col une tige de laminaire.

Dans la soirée du 11 septembre. La tige introduite le matin par M. Varnier ayant été expulsée, Mlle Roze réintroduit une seconde tige et la maintient à l'aide d'un tampon vaginal.

Le 12, après enlèvement de la tige, M. Varnier constatant qu'elle n'a dilaté que l'orifice externe et la partie inférieure du canal cervical, remet au lendemain l'introduction d'un ballon. D'ici là on dilatera l'orifice interne. M. Wallich réintroduit à 11 heures du matin deux tiges de laminaire accouplées, maintenues à l'aide d'un tampon.

Le 13, à 11 heures du matin, la femme est anesthésiée et M. Varnier introduit sans difficulté dans l'utérus un petit ballon Champetier que l'on distend avec 40 grammes de liquide.

Dans l'après-midi, les douleurs sont peu fréquentes et insignifiantes ; à 7 heures du soir, le col a encore toute sa longueur. Le ballon tient en place. A neuf heures et demie, la femme éprouve le besoin de pousser ; le ballon non dégonflé est dans le vagin, on l'extrait, et derrière lui, l'œuf engagé dans l'orifice largement dilaté est

expulsé en entier. Il est 9 h. 45. Le fœtus ne fait aucun mouvement, mais on voit nettement les battements du cordon.

Injection intra-utérine après l'expulsion. Poids de l'œuf entier, 380 gr.

Suites de couches normales. Femme partie en bon état le 9e jour.

Si l'indication réelle de l'avortement provoqué n'existe plus dans les cas de rétrécissement de la filière pelvienne, peut-on la rencontrer dans d'autres circonstances ? Assurément.

P. Dubois avait raison contre Cazeaux ; l'avortement provoqué constitue un moyen thérapeutique héroïque dans les cas où *des accidents graves déterminés par la grossesse elle-même, menacent prochainement la vie de la femme.*

L'énumération de ces cas se trouve dans la plupart des traités cliniques, je n'ai pas à la répéter ici.

Cependant, me renfermant absolument dans la formule ci-dessus, il me paraît nécessaire d'en supprimer quelques-uns et d'en ajouter quelques autres.

Si en présence de notre thérapeutique encore impuissante — mais qui ne le sera pas toujours, j'espère — les multiples accidents causés par l'hépato-toxémie gravidique, ou l'insuffisance rénale, tels que : les vomissements dits incoercibles, l'intoxication du système nerveux (névrite, atrophie musculaire, affections mentales), l'albuminurie, l'urémie, l'anurie, si exceptionnellement la rétroversion, l'enclavement de l'utérus gravide, le goitre constituent de véritables indications réelles de l'avortement provoqué, admises par tous, je considère, contrairement à Schrœder, que les hémorrhagies doivent dans certaines conditions bien déterminées, que je me suis efforcé de préciser (1), rentrer dans le cadre des indications de l'avortement provoqué. D'un autre côté, l'interruption de la grossesse dans les cas de grossesse extra-utérine avant la viabilité du fœtus n'est pas toujours fatalement indiquée.

Je ne puis et ne veux étudier toutes les circonstances dans

(1) Voir PINARD. *Clinique obstétricale*, G. Steinheil, édit., Paris, 1899.

lesquelles peut naître l'indication réelle de l'avortement provoqué et me contente de dire qu'on ne la rencontrera que là où on aura la certitude que les accidents qui mettent la vie de la femme en danger sont bien le fait de la grossesse.

Dans ces circonstances alors, l'accoucheur a absolument le droit et le devoir d'intervenir pour *sauver* du moins la seule existence dont le salut soit possible.

Je tiens à faire remarquer que je dis *sauver* et j'insiste sur ce fait qui donne à l'acte opératoire une signification tout autre que celle qu'il évoque généralement. Pour bien des personnes, l'avortement provoqué signifie : *destruction*, *sacrifice du fœtus*. Je ne saurais trop m'élever contre cette manière d'interpréter cette action. Renfermé dans le précepte unique que j'ai formulé, en interrompant la grossesse, l'accoucheur *ne sacrifie pas le fœtus et il sauve la mère*. Il ne sacrifie pas le fœtus puisque sans intervention, celui-ci est fatalement condamné de par la mort de la mère ; il sauve la mère, puisque si l'on n'intervient pas, le fœtus et la mère meurent tous les deux.

Quand je dis, il sauve la mère, j'ai tort, car comme tous les moyens thérapeutiques, même les meilleurs, les plus puissants, il échoue quelquefois quand l'indication a été remplie trop tardivement, sans que pour cela l'accoucheur en soit toujours responsable.

Après avoir exclu les rétrécissements de la filière pelvi-génitale, comme pouvant fournir une indication d'avortement provoqué, je dois rechercher si dans un autre grand chapitre cette indication peut être rencontrée : je veux parler des *maladies intercurrentes*, c'est-à-dire des maladies diverses qui peuvent se développer chez la femme pendant le cours de la gestation.

Pour cela je dois poser la question suivante :

Une maladie quelconque venant compliquer la grossesse évoluera-t-elle plus heureusement si la grossesse est interrompue ? D'après ce que j'ai lu, d'après ce que j'ai vu, je n'hésite pas à répondre : non.

Là encore vous n'aurez pas à sacrifier l'enfant à la mère, et si vous le faites ce sera en pure perte.

Je me résume en disant :

1° L'interruption de la grossesse avant la viabilité du fœtus, l'avortement provoqué médicalement, constitue dans des cas bien déterminés un moyen thérapeutique aussi puissant que précieux ;

2° L'indication de cet acte opératoire ne se rencontre ni dans les cas de rétrécissement de la filière pelvi-génitale, ni dans les cas de maladie venant compliquer la grossesse ;

3° L'indication réelle n'existe que quand la cause des accidents qui menacent sûrement la vie de la femme est certainement la grossesse ;

4° En provoquant l'avortement dans ces conditions, jamais le médecin ne *sacrifie* le fœtus — fatalement condamné — et assez souvent il *sauve* la mère.

Donc sur ce terrain encore nous restons entièrement et véritablement dans notre rôle de médecin, nous ne supprimons pas la vie et nous faisons tous nos efforts pour la conserver. Nous n'avons plus, pour nous décider à l'intervention, à rechercher si la valeur de la vie de la mère est plus considérable que celle de l'enfant ; l'influence des différentes convictions philosophiques, religieuses, est nulle, car en agissant comme je le conseille on obéit à la religion que doivent posséder et que possèdent tous les médecins, à savoir : la religion de l'humanité.

La seule et grande préoccupation du médecin doit être de rechercher, d'étudier, de préciser la cause et la gravité des accidents contre lesquels il a à lutter, et, s'il acquiert la conviction que c'est bien la grossesse qui est la coupable, *après avoir pris l'avis de confrères et avoir vu par ces derniers partager son opinion et sa responsabilité*, il a le droit et le devoir de mettre en œuvre le seul moyen qui peut guérir et que je voudrais voir appeler : *l'avortement thérapeutique*.

TRAITEMENT DES MÉTRITES CHRONIQUES
PAR LES INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC

Par le Dr **Pierre Delbet**
Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des hôpitaux.

Je veux indiquer ici les résultats que j'ai obtenus par un traitement des métrites chroniques que j'emploie depuis plus de deux ans. J'ai par devers moi soixante-deux observations et quelques malades ont été suivies assez longtemps pour qu'on puisse apprécier dans une certaine mesure les résultats éloignés.

Ce traitement ne comporte aucun point nouveau. Il consiste tout simplement en injections intra-utérines de solutions fortes de chlorure de zinc. Cependant je ne sache pas qu'il ait été systématiquement employé tel que je vais le décrire. D'ailleurs ce n'est point d'une question de priorité qu'il s'agit ici, puisque j'emploie ce procédé depuis plus de deux ans ; c'est sur sa valeur que je veux insister.

Tout le monde a encore présent à la mémoire le traitement qu'avait préconisé Dumontpallier, les crayons au chlorure de zinc. Ce traitement a été universellement abandonné parce qu'il exposait à un grand danger, les atrésies cicatricielles du canal utérin, mais non pas parce qu'il était inefficace. On s'accordait à reconnaître qu'il avait une action très puissante, et en effet les malades qui échappaient à l'atrésie guérissaient bien de leur métrite.

Le chlorure de zinc semblait agir d'une manière très heureuse sur l'utérus. Ce n'est pas lui qui était mauvais, mais le mode d'emploi. C'est donc ce dernier qu'il fallait modifier.

Rheinstœdter et Brœse l'emploient en solution à 50 p. 100.

Ils imbibent de cette solution un tampon roulé autour d'une sonde et font des attouchements de la cavité utérine. Ce procédé me paraît défectueux. A moins qu'on ait fait une dilatation très large, le tampon, qui ne peut franchir l'isthme qu'à frottement, arrive exprimé dans la cavité du corps, si bien qu'on n'agit efficacement que sur le col.

Il m'a semblé qu'on pouvait remédier à cet inconvénient, sans s'exposer à produire des atrésies, en employant les injections.

L'injection étant poussée dans le corps lui-même, celui-ci ne peut échapper à l'action du médicament, et comme d'autre part cette action n'est que de peu de durée, il est bien peu probable qu'elle puisse être assez profonde pour amener des rétrécissements ou des atrésies cicatricielles. Et de fait, depuis plus de deux ans que j'emploie ces injections, je n'ai vu aucun de ces deux accidents.

Il est malaisé de déterminer le degré de concentration qui convient le mieux. j'ai essayé des solutions d'une teneur variant de 10 à 50 p. 100. Les solutions à 10 p. 100 m'ont paru trop faibles, les solutions à 50 p. 100 trop fortes. J'ai abandonné ces dernières, bien que je n'aie jamais eu aucun accident avec elles, parce qu'il m'a semblé que des solutions moins concentrées donnaient les mêmes résultats. Je n'emploie guère depuis deux ans environ que des solutions variant entre 20 et 30 p. 100. Je commence en général avec une solution à 20 p. 100 et j'augmente progressivement le degré de concentration si le résultat ne me paraît pas suffisant. Mais il m'arrive de donner d'emblée une injection à 30 p. 100; ainsi, par exemple, dans ces métrites hémorrhagiques où on ne peut arriver par aucun moyen à arrêter l'écoulement profus. Il peut même y avoir avantage à employer dans les cas de ce genre les solutions plus fortes à 35 ou 40 p. 100, d'autant plus que le taux de la solution est immédiatement abaissé par le mélange avec le sang.

Voici comment je procède. Je me sers de la seringue de Braun ou de la seringue de Colin et, quel que soit le taux de la solution, j'en injecte de un à deux centimètres cubes. Dans les

cas de métrite parenchymateuse où la cavité est très vaste, on peut aller jusqu'à 3 centimètres cubes. Mais je conseille de ne jamais dépasser cette quantité.

Hormis les cas où l'isthme est très étroit, soit par rétrécissement simple, soit par coudure comme il arrive dans l'antéflexion congénitale, je ne fais aucune dilatation préalable. La canule de la seringue étant très fine, le liquide peut refluer au dehors à mesure qu'on l'injecte. Donc, après m'être assuré par l'hystérométrie du degré de perméabilité de l'utérus, la seringue étant chargée et expurgée, j'introduis la canule, jusqu'au fond de la cavité utérine. Puis je commence à pousser l'injection en retirant progressivement la seringue de telle sorte que les dernières gouttes soient injectées dans le col. Je n'ai jamais fait de lavage intra-utérin avant de pousser l'injection.

Pendant l'injection et quelques instants après, j'irrigue largement le vagin avec une solution boriquée ou de l'eau bouillie. Cette précaution est indispensable, car le chlorure de zinc est fort irritant pour la muqueuse vaginale.

Après avoir asséché le vagin, je fais un tamponnement lâche avec de la gaze stérilisée, salolée ou iodoformée. On peut naturellement faire aussi, si on le juge convenable, de la révulsion des culs-de-sac, des pansements vaginaux, etc... Mais ceci est une autre affaire dont je ne veux pas m'occuper ici.

En général, il faut au minimum trois injections. On verra dans la statistique que cinq malades n'en ont reçu que deux, mais c'est parce qu'elles se sont soustraites au traitement. Il n'y a guère que les métrites hémorrhagiques légères qu'on puisse guérir avec une ou deux injections. Dans l'immense majorité des cas, il en faut davantage. La plupart des malades en ont reçu quatre ou cinq, 23 en ont reçu quatre, 15 en ont reçu cinq, 8 en ont reçu six, 2 en ont reçu sept. Enfin, dans un cas, on a été jusqu'à dix injections et le résultat a été excellent.

Les injections sont renouvelées à des intervalles variant de deux à douze et même quinze jours, les premières étant plus rapprochées que les dernières. Dans les métrites hémorrhagiques graves, je fais la seconde injection deux jours après la pre-

mière si l'hémorrhagie ne s'est pas arrêtée complètement. Dans les autres formes je crois qu'il y a plus d'avantage à espacer les trois premières injections, de trois, quatre ou cinq jours. Quand j'ai obtenu un résultat appréciable, j'éloigne davantage la quatrième et la cinquième; puis j'attends et si le résultat ne paraît pas complet, je fais une ou deux autres injections, huit, dix, douze ou même quinze jours après. On comprend qu'il me soit impossible de donner des renseignements plus précis sur ces divers points. Il ne s'agit pas là d'une méthode rigide qu'il faille appliquer aveuglément à tous les cas, mais bien au contraire d'un procédé flexible qu'il faut adapter à chaque cas particulier.

Avant d'étudier les résultats thérapeutiques de cette méthode, il faut voir si elle expose à quelque accident.

Il est un danger auquel on pense immédiatement quand il s'agit d'injections intra-utérines et surtout d'injections de solutions fortes, c'est le passage du liquide dans les trompes.

Il ne s'agit pas de discuter ici la possibilité théorique de ce passage : il ne me paraît pas douteux qu'on puisse arriver en injectant du liquide sous pression dans l'utérus à le faire refluer jusque dans le péritoine. Mais là n'est pas la question. Il s'agit uniquement de savoir si on peut, en s'entourant des précautions très simples que j'ai indiquées, faire sans danger des injections intra-utérines de chlorure de zinc.

Hofmeier(1) a publié une observation singulièrement effrayante. Un médecin fait chez lui, à 8 heures du soir, une injection intra-utérine de chlorure de zinc à 50 p. 100. Immédiatement après l'injection, éclatent des douleurs abdominales très vives. Puis les douleurs se calment, sous l'influence de la teinture d'opium, et la malade peut revenir à pied chez elle. Mais bientôt la crise recommence, puis surviennent des vomissements ; le ventre se tuméfie, le visage se décolore, le pouls faiblit et la malade succombe douze heures après l'injection. L'autopsie a été faite et Hofmeier conclut que « cette femme est morte d'une péritonite

(1) HOFMEIER. *Monatsch. f. Geb. und Gyn.*, 1896, v. IV, p. 301.

aiguë provoquée par l'injection dans la cavité utérine d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 ».

On pourrait certainement discuter la valeur de cette autopsie, puisqu'elle n'a été pratiquée que vingt jours après le décès et qu'il a fallu exhumer le cadavre pour la faire. Quand on ne trouve dans de pareilles conditions que « cent grammes de liquide rougeâtre » dans la cavité abdominale et « une réplétion considérable du réseau vasculaire », on ne peut vraiment rien conclure. Cependant je n'insiste pas car les conditions dans lesquelles la malade a succombé ne permettent guère de nier que l'injection de chlorure de zinc ait été la cause de sa mort.

Mais ce que nous ne savons pas suffisamment, c'est la quantité qui a été injectée, c'est l'état de l'utérus, ce sont les conditions de l'injection. En l'absence de renseignements précis sur ces points importants, on ne peut rien conclure de ce fait, si ce n'est qu'il faut être prudent et s'entourer de précautions.

Mes 62 malades ont reçu 275 injections. Les unes ont été faites par moi-même, d'autres en grand nombre par mes élèves, et jamais il ne s'est produit aucun accident. Je crois donc qu'on est pleinement autorisé à faire ces injections dans les conditions que j'ai dites.

Si les injections sont sans danger, sont-elles sans inconvénients? Malheureusement non. Elles ont un inconvénient réel : elles sont souvent douloureuses, quelquefois très douloureuses.

Il y a au point de vue de la douleur des irrégularités aussi imprévues que déconcertantes. Certaines malades ne souffrent pas du tout, d'autres souffrent d'une manière excessive. Dans mes observations, j'en trouve sept où il est noté que les douleurs ont été très vives et cinq où elles ont été à peu près nulles. Dans les autres cas les douleurs ont été modérées.

En général, ce sont les premières injections qui sont les plus douloureuses, mais on voit des malades qui souffrent peu de la première injection et beaucoup de la troisième ou de la quatrième. Quelquefois les douleurs commencent immédiatement après l'injection. Le plus souvent elles ne débutent que quelques

minutes, voire même un quart d'heure ou une demi-heure plus tard et il y a des cas où elles n'atteignent leur acmé qu'au bout d'une heure.

Leur manifestation symptomatique est variable. Chez certaines malades il y a tendance à la syncope ; d'autres s'agitent. Les douleurs ont le caractère de coliques et s'irradient dans les reins. Les malades les comparent volontiers aux douleurs de l'accouchement, et il ne me paraît pas douteux qu'elles sont dues à une contracture du muscle utérin. Même quand elles durent longtemps, elles disparaissent sans laisser de trace.

Si j'insiste sur ces douleurs, c'est pour que ceux qui seraient tentés de recourir à ce mode de traitement n'en soient pas effrayés. Mais je me hâte d'ajouter que la plupart des malades peuvent se lever après l'injection et vaquer à leurs occupations ordinaires. C'est même là un des grands avantages du traitement.

Peut-on prévoir les douleurs ? Il m'a semblé qu'elles étaient plus vives dans les cas de rétroversion, et j'avais cru qu'on pouvait les attribuer à ce qu'une partie du liquide injecté séjournait dans le fond de l'utérus devenu déclive. Puis j'ai vu souffrir beaucoup des malades qui avaient l'utérus en position normale, tandis que d'autres n'ont pas souffert, qui avaient une rétroversion très accentuée. Il m'est arrivé de prédire des douleurs vives à des malades qui n'ont presque rien senti. En somme, il me paraît certain que les douleurs sont dues à une contracture du muscle utérin, mais je ne saurais dire avec certitude dans quelles conditions elles se produisent.

Si on ne peut les prévoir, peut-on les éviter ? J'ai essayé pour cela de la cocaïne. J'ai employé d'abord des solutions contenant à la fois du chlorhydrate de cocaïne et du chlorure de zinc ; mais j'ai dû y renoncer car ces solutions sont difficiles à bien faire. Dans un grand nombre de cas, elles précipitent, se troublent et on ne sait plus exactement ce qu'elles contiennent. J'ai donc pris le parti de faire d'abord une injection de 1 à 2 centim. cubes d'une solution de cocaïne à 5 p. 100, puis cinq minutes après l'injection de chlorure de zinc. Grâce à cet artifice les douleurs sont retardées. Il m'a semblé qu'elles étaient généralement

diminuées, mais il est difficile de le prouver en raison de leur variabilité. En tout cas, il est certain, et c'est fort regrettable, qu'elles ne sont pas toujours supprimées.

Voyons maintenant les résultats thérapeutiques. Pour les étudier, j'ai divisé mes observations en trois groupes suivant qu'elles ont trait à des métrites hémorrhagiques, à des métrites glandulaires ou à des métrites mixtes. C'est une division purement symptomatique dont il serait facile de faire la critique. Il m'a paru cependant que pour une question de thérapeutique elle avait des avantages de commodité. Mais je serai obligé de donner des renseignements complémentaires pour les métrites parenchymateuses et les lésions du col.

Dans chacun de ces trois groupes, je ferai deux catégories suivant que les annexes sont saines ou altérées.

Métrites hémorrhagiques. — C'est dans les métrites hémorrhagiques qu'on obtient les meilleurs résultats. Ce sont d'ailleurs, quel que soit le mode de traitement qu'on emploie, les plus faciles à guérir.

J'ai traité 26 malades de ce genre n'ayant pas de lésions appréciables des annexes. Deux ont disparu après avoir reçu deux injections chacune. Je ne sais si elles sont guéries. Les 23 autres ont guéri, sauf une.

Chez cette dernière, les hémorrhagies ont continué malgré les injections. Le curettage n'a pas donné de meilleurs résultats. Les hémorrhagies étant menaçantes par leur abondance, je me suis décidé à faire l'hystérectomie. L'utérus enlevé, je n'ai trouvé aucune lésion qui explique ni l'abondance ni la persistance des hémorrhagies. On sait qu'il existe un certain nombre de ces cas d'apparence paradoxale.

Métrites hémorrhagiques sans lésions des annexes.

Nos	NOM ET AGE	DATE	DIAGNOSTIC	INJECTIONS	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
1	X. (Louise), 30 ans.	Janvier 1897.	Métrite hémorrhagique sans lésions annexielles.	Deux injections à 10 0/0	Guérison (3 mois).	
2	Th. (Blanche), 19 ans.	30 juin 1896.	Métrite hémorrhagique sans lésions annexielles.	Trois injections à 10 0/0	Guérison (4 mois).	
3	F. (Louise), 33 ans.	2 novemb. 1896.	»	Une injection à 1/10.	Guérison.	
4	Fleu., 29 ans.	1896.	»	Quatre injections.	Guérison (2 ans	
5	P., 45 ans.	1896.	»	Quatre injections.	Guérison (3 ans).	
6	Le G. (Joséphine), 23 ans.	4 juillet 1896. Laennec.	»	Quatre injections.	Guérison (18 mois).	
7	Port. (Marguerite), 29 ans.	21 janvier 1896. Laennec.	»	Cinq injections.	Guérison.	
8	Dunt. (Augustine), 38 ans.	22 août 1896. Laennec.	»	Cinq injections.	Guér. (il persiste un peu de leucorrhée).	
9	Pes. (Marie), 23 ans.	1er sept. 1896. Laennec.	Métrite hémorrhagique sans lésions des annexes.	Cinq injections 30 0/0	Guérison.	
10	Rous. (Augustine), 38 ans.	31 août 1896. Laennec.	Métrite hémorrhagique et parenchymateuse. Annexes saines.	Quatre injections 30 0/0	Guérison.	
11	Schacf., 25 ans.	4 novemb. 1896.	Métrite hémorrhagique et parenchymateuse. Annexes saines.	Cinq injections 30 0/0	Guérison (18 mois).	Retard des règles après la guérison.

12	[illegible]	[illegible] Laennec.	Métrite hémorrhagique sans lésion des annexes.	Cinq injections	Guérison.	
13	X.	1896.	»	Cinq injection	Echec. Il fallut faire l'hystérectom	
14	Jan. (Louise), 23 ans.	18 août 1896.	»	»	Guérison.	
15	Lev., 35 ans.	mai 1897.	Métrite hémorrhagique consécutive à une fausse couche.	Quatre injections	Guérison (18 mois).	
16	Leb. (Jeanne), 20 ans.	janvier 1898.	Métrite hémorrhagique.	Trois inject.	Guérison (10 mois).	
17	Bucn. (Anne), 26 ans.	21 juillet 1898. Hôtel-Dieu.	»	Quatre injections.	Guérison.	
18	Hub. (Pauline), 28 ans.	28 juillet 1898. Hôtel-Dieu.	Métrite hémorragique. Rétroflexion. Annexes ?	Quatre injections.	Guérison.	Rentrée à l'hôpital 1 mois après. Annexes gauches en prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas douloureuses.
19	Hunt. (Berthe), 31 ans.	13 août 1898. Hôtel-Dieu.	Métrite hémorrhagique. Annexes saines.	Quatre injections.	Guérison.	
20	Bourg. Clémentine), 30 ans.	6 août 1898. Hôtel-Dieu.	»	Quatre injections.	Guérison.	
21	Ca. (Marie-Louise). 20 ans.	8 sept. 1898. Hôtel-Dieu.	»	Quatre injections.	Guérison.	
22	Dog. (Juliette, 19 ans.	18 juil. 1895. Laennec.	»	Deux injections 50 0/0	Résultat non indiqué.	
23	Bro. (Marie), 27 ans	3 juillet 1895. Laennec.	»	Deux injections.	Id.	
24	Nav. (Marie), 29 ans.	9 août 1898. Hôtel-Dieu.	Métrite hémorrhagique avec rétroflexion non douloureuse. Annexes saines.	Quatre injections.	Guérison (1 mois).	
25	Dup.	1896.	Métrite hém. et parenchymateuse	»	Guérison (2 ans 1/2)	
26	Nard. (Nathalie).	1897.	Métrite hémorrhagique.	Quatre inject.	Guérison.	

Parmi les 22 malades qui ont bien guéri par les injections de chlorure de zinc, deux avaient subi antérieurement et inutilement le curettage. L'une d'elles avait été curettée par moi-même avec le plus grand soin. Les hémorrhagies avaient reparu très abondantes et très longues quatre mois après le curettage. Elles ne se sont pas reproduites depuis deux ans et demi que 'ai fait les injections de chlorure de zinc.

Malheureusement il est peu de malades sur lesquelles je puisse fournir des renseignements d'aussi longue durée. Beaucoup ont été perdues de vue. Je trouve seulement une malade suivie plus de 4 mois ; une plus de 10 mois ; une plus de 12 mois ; une plus de 18 mois ; 4 plus de 2 ans. Mais chacun sait qu'il faut des circonstances assez exceptionnelles pour qu'on revoie les malades qui sont bien guéries. J'ajoute que j'ai tout lieu de croire que les malades qui ne seraient pas restées guéries seraient venues me retrouver, et je n'en ai pas revu une seule.

Voici comment les choses se passent. Je n'hésite pas à pratiquer l'injection en pleine hémorrhagie ; c'est le meilleur moyen de l'arrêter. Il n'est pas rare qu'elle cesse après la première injection. Elle s'arrête définitivement après la troisième ou la quatrième. Il est bon, je crois, pour assurer la guérison, de faire au moins une injection 5, 6, 7, 8 jours après que l'écoulement a complètement cessé. Cinq malades ont reçu cinq injections chacune. La plupart, douze, en ont reçu quatre, les autres moins.

Deux fois, les règles ont été retardées après le traitement. Elles n'ont reparu qu'au bout de deux mois dans un cas, trois mois environ dans l'autre. Pendant le laps de temps où elles ont manqué, les malades n'ont eu aucun accident. Lorsqu'elles se sont rétablies, elles sont redevenues régulières et indolentes. Les deux malades chez lesquelles ces retards se sont produits ont été suivies pendant plus de deux ans. Aucune n'a le moindre rétrécissement du canal utérin.

Métrites hémorrhagiques avec lésions des annexes.

Nos	NOM, AGE ET DATE	DIAGNOSTIC	INJECTIONS	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
1	De Maz, 36 ans. 10 juill. 1896. Laennec.	Métrite hémor. avec salpingite.	6 inj.	Améliorat. notable.	
2	Le Ger. (Gabrielle), 32 ans. 17 décemb. 1896. Laennec.	Salpingite gauche.	2 inj.	Améliorat.	
3	Fier. (Amélie), 22 ans. 22 octob. 1896. Laennec.	Métrite hémor. et annexite bilatérale.	5 inj. (15 et 30 %).	Améliorat.	Injections peu douloureuses
4	Sav. (Élise), 26 ans. 15 juill. 1896. Laennec.	Métrite hémor. et salpingite gauche.	4 inj.	Guérison.	Injections douloureuses.
5	Mas. (Jeanne), 21 ans. 8 juillet 1896.	Métrite hémor. Rétrovers. et annex. légère.	4 inj.	Guérison.	Injections douloureuses.
6	W..., 22 ans. Juin 1898.	Métrite hémor. Annex. doub.		Échec.	Injections douloureuses.

Quand il existe des lésions des annexes, les résultats sont naturellement moins bons. Je n'ai que six cas de ce genre. Sur les six cas, il y a seulement deux guérisons, encore aucune des deux malades n'a été suivie longtemps. Dans les trois autres cas il y eut seulement des améliorations. Les grandes pertes ont été arrêtées, mais les règles sont restées irrégulières et de temps en temps trop abondantes. Dans le dernier cas, le résultat a été nul.

Métrites glandulaires. — Ce mot est pris, comme je l'ai déjà fait remarquer, dans un sens purement clinique. Il désigne les métrites qui sont caractérisées symptomatiquement par de la leucorrhée.

J'ai soigné 15 cas de ce genre *sans lésion des annexes.*

Métrites glandulaires sans lésions des annexes.

Nos	NOM AGE ET DATE	DIAGNOSTIC	INJECTIONS	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
1	Coup. (Anna), 13 nov. 1896. Laennec.	Métrite gland. Annexes saines	5 inj.	Guérison.	Cette malade avait été laparotomisée pour annexite l'année précédente (déc. 95).
2	Coul. (Albertine), 24 ans. 24 déc 1896. Laennec.	»	5 inj.	Améliorat. (Le col reste gr. Amél.).	
3	Ben. (Maria), 25 ans. Juin 1896. Laennec.	»	5 inj.	Guér. com. (6 mois).	
4	Mard, 28 ans. Mars 1896. Laennec.	»	5 inj.	Echec.	
5	Dro. (Blanche), 27 ans. 17 nov. 1896. Laennec.	»	5 inj.	Echec.	
6	Nat. (Berthe), 22 ans. 13 mai 1896. Laennec.	»	2 inj.	Guér. com. col cicatrisé.	
7	Avo. (Elisa), 22 ans. 28 avril 1896. Laennec.	Métrite gland. avec ulc. du col Annexes saines	10 in.	Guér. com.	
8	Pon. (Eugénie), 36 ans. 4 août 1896. Laennec.	Métrite gland. Annexes saines	6 inj.	Guéris. des douleurs mais la leucorrh. persiste.	
9	Delab. (Elise), 23 ans. 17 sept. 1896. Laennec.	»	5 inj.	Guér. com. (5 mois).	
10	Clav. (Blanche), 35 ans. 28 oct. 1896. Laennec.	»	5 inj.	Guérison.	
11	Lod. (Marie), 20 ans. 1 sept. 1896.	»	4 inj.	Guérison. (16 mois)	
12	Ch. (Marie), 38 ans. Octobre 1897.	Métrite parenchymateuse. Annexes saines	6 inj.		
13	Pet. (Mathilde), 30 ans. Déc. 1897.	Métrite gland. Rétrov. adhér. Annexes saines	4 inj.	Amélior.	Inj. très douloureuses. Cette malade avait déjà subi un curettage.
14	Qu. (Léonie), 36 ans. Mars 1898.	Métrite parenchymateuse. Gros col.	4 inj.	Guérison.	
15	Com. (Blanche), 20 ans. 20 juillet 1898. Hôtel-Dieu.	Métrite parenchymateuse.	3 inj.	Guérison.	

Métrites glandulaires avec lésions des annexes.

Nos	NOM, AGE ET DATE	DIAGNOSTIC	INJECTIONS	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
1	Guy (Lucie), 21 ans. 6 déc. 1896. Laennec.	Métrite gland. annexite bilatérale.	4 inj.	Échec.	Injections peu douloureuses.
2	Cal. (Clémentine). 36 a. 5 oct. 1896. Laennec.	Métrite gland. légère. Salpingite.	4 inj.	Améliorat. notable.	Injections très douloureuses.
3	X. 36 ans. 8 juil. 1896. Laennec.	Métrite gland. Salping. gauche. Ulcération du col.	3 inj.	Améliorat. col cicat.	
4	Hen. (Louise), 20 ans. 24 juin 96. Laennec.	Métrite gland. salpingite bilatérale.	7 inj.	Guéris. de la métrit. persistan des doul.	
5	Ga. (Joséphine), 22 ans. 22 av. 1896. Laennec.	Métrite parenchym. et salpingite.	»	Échec.	
6	Bo. (Thérèse), 25 ans. 23 nov. 1897.	Métrite gland. et parenchymse. Rétroflexion adhérente. Annexite bilat.	6 inj.	Échec ap. amélior. passag.	Inject. douloureuses. Hystérectomie abdomin. totale, octobre 1898. Guérison.
7	Ho. (Anne), 23 ans. 11 août 1898.	Métrite gland. et antéfl. Salping. double.	4 inj.	Échec.	Laparotomie le 27 sept. 1898. Guérison.
8	Ren. (Victorne), 23 ans. 26 juil. 1898. Hôtel-Dieu.	Métrite parenchym. Salp. double.	4 inj.	N'a pas été suivie.	
9	Per. (Marie), 37 ans, 28 juil. 1898. Hôtel-Dieu.	Métrite parenchym. Antéflex. mobile. Double salpingite.	4 inj.	Guéris. de la métrit. les ann. rest. douloureuses.	
10	Aub. (Jeanne), 29 août 1898. Hôtel-Dieu.	Métrite gland. et annexite à droite.	4 inj.	Guérison.	Inject. douloureuses.

Deux malades ne paraissent avoir tiré aucun bénéfice du traitement, mais l'une des deux a disparu après la seconde injection et ne devrait pas entrer en ligne de compte.

Cinq ont été améliorées sans être complètement guéries, c'est-à-dire qu'il a persisté un peu de leucorrhée et que le col est resté gros. L'une de ces malades avait subi antérieurement l'ablation des annexes par la laparotomie.

Les huit autres ont guéri complètement ; les douleurs et la leucorrhée ont disparu. Je range parmi les guéries, une malade chez qui le col était cependant resté un peu gros, parce que tous les symptômes fonctionnels et subjectifs avaient disparu.

Deux malades seulement, parmi celles qui ont guéri, ont été suivies l'une cinq mois et l'autre six mois.

J'ai soigné dix malades atteintes de métrites glandulaires *avec lésions des annexes*.

Dans quatre cas, l'échec a été complet et j'ai dû laparotomiser ultérieurement deux de ces malades qui ont consenti à l'opération.

Chez deux malades, la métrite a été manifestement améliorée.

Dans deux cas, la métrite a complètement guéri, mais les annexes sont restées douloureuses.

Enfin dans deux cas, il semble y avoir eu guérison, non seulement de la métrite, mais aussi des salpingites. Malheureusement les malades n'ont pas été suivies.

Métrites mixtes. — Sur trois cas de métrite mixte sans lésion des annexes, une malade a été très améliorée et deux ont été complètement guéries. L'une d'elles a été suivie quatre mois.

Sur deux malades atteintes de métrite mixte avec lésion des annexes, le résultat a été insignifiant.

Je dois ajouter un mot sur les résultats que l'on obtient sur les métrites parenchymateuses et les lésions du col.

Plusieurs malades cataloguées sous les rubriques précédentes avaient des utérus très hypertrophiés. Les injections ont eu en général les plus heureux résultats sur ces hypertrophies. J'ai vu plusieurs fois des utérus à parois épaissies, à cavité élargie, revenir sur eux-mêmes avec une extrême rapidité. La régression des métrites parenchymateuses est un des résultats les plus nets et les plus heureux du traitement par le chlorure de zinc en solution.

Métrites mixtes.

N°	NOM, AGE ET DATE	DIAGNOSTIC	INJECTIONS	RÉSULTATS
1	Cau. (Juliette), 22 ans. 2 déc. 1896. Laennec.	Métrite mixte sans lésions des annexes.	Cinq injections.	Grande amélioration, mais il persiste un peu de leucorrhée.
2	Ro. (Amélie), 17 ans. 2 sept. 1896. Laennec.	Métrite mixte sans lésions des annexes.	Cinq injections.	Guérison.
3	Aud. 23 ans, 3 février 1897.	Métrite mixte, antéflexion congénitale, annexes saines.	Six injections après dilatation de la cavité utérine à la laminaire	Guérison. 4 mois.
4	Ga. (Marie). 16 ans, 5 déc. 1896. Laennec.	Métrite mixte avec annexite bilatérale.	Quatre injections.	Amélioration.
5	Ro. (Lina). 25 ans, 26 nov. 1896. Laennec.	Métrite mixte. Rétroversion irréductible et annexite.	Deux injections.	La malade n'a pas été suivie.

Quant aux lésions du col, elles rétrocèdent aussi dans bien des cas. Naturellement quand il y a des kystes dans l'épaisseur des lèvres, les injections n'y peuvent rien, mais les exulcérations, qui ne sont que de l'ectropion de la muqueuse cervicale guérissent souvent. Je ne saurais dire comment se produit cette guérison. L'épithélium se modifie-t-il in situ? ou bien la rétraction du col supprime-t-elle l'ectropion en faisant rentrer la muqueuse cervicale? je n'ai pu m'en rendre compte; mais ce que j'affirme, c'est que certains cols ont guéri, sur lesquels on aurait été tenté de faire des opérations plastiques.

Si on jette un coup d'œil sur l'ensemble de ces résultats, on

voit qu'ils sont très médiocres dans les cas où il existe des lésions des annexes. Cela n'a pas lieu de nous surprendre. Il est fort difficile de guérir l'utérus quand les trompes sont malades, car les salpingites agissent sur la matrice de deux façons : en modifiant sa nutrition et en infectant sa cavité. Le curettage ne donne pas, je crois, de meilleurs résultats, et en outre, fait important, il expose, lorsque les annexes sont malades, à des dangers réels. J'ai vu nombre de malades opérées soit par moi, soit par d'autres, chez qui le curettage a amené une aggravation rapide et notable des salpingites. C'est pourquoi j'ai pris le parti de refuser absolument cette opération lorsque les trompes sont atteintes. Au contraire, je n'ai pas vu un seul fait où les lésions des annexes aient été aggravées par les injections de chlorure de zinc, et j'en ai vu où elles ont été améliorées. Aussi ce mode de traitement est-il le seul que j'emploie maintenant quand les trompes sont malades et que leur état ne commande pas par lui-même une intervention.

Lorsqu'il n'y a pas de lésions des annexes, les injections de chlorure de zinc donnent des résultats qui me paraissent au moins équivalents à ceux du curettage. Les métrites glandulaires ne guérissent pas toutes complètement, mais guérissent-elles toutes après le curettage? Quant aux métrites hémorrhagiques, elles guérissent dans la perfection. Je ne veux pas arguer de ce fait que deux métrites ont été guéries qui avaient résisté au curettage, car il est probable qu'un second curettage aurait donné les mêmes résultats, mais je rappelle que toutes mes malades ont guéri, sauf une chez qui le curettage a également échoué et que j'ai dû hystérectomiser.

En somme, les injections de chlorure de zinc me paraissent avoir une efficacité au moins égale à celle du curettage. De plus, elles ont sur lui deux avantages appréciables,

Le premier, qui est contingent, c'est qu'elles n'aggravent pas les lésions des annexes. Cet avantage me paraît considérable, car l'aggravation des salpingites à la suite du curettage est chose fréquente.

Le second avantage, c'est que le traitement par les injections de chlorure de zinc n'exige ni anesthésie, ni immobilisation des malades. Il n'y a pas là d'opération. Beaucoup de malades se lèvent immédiatement après l'injection, et celles mêmes qui souffrent beaucoup peuvent vaquer à leurs occupations après quelques heures de repos.

Il me semble qu'à égalité de résultats, ces deux avantages ont une certaine importance.

Ma statistique a une lacune que je reconnais regrettable. Elle ne me permet pas de donner de renseignements sur la gestation dans les utérus traités par le chlorure de zinc en injection. Je ne doute pas que cette gestation soit parfaitement possible. L'action du chlorure de zinc en solution n'est pas plus destructive que celle du curettage ; elle l'est certainement moins que celle du crayon de Dumontpallier, puisque avec ce crayon on avait souvent des atrésies et que je n'en ai jamais vu après les injections. Or des malades traitées par le crayon étant devenues enceintes, et ayant mené sans encombre leur grossesse à terme, je ne doute donc pas que celles qui sont traitées par les injections puissent faire de même.

DU RALENTISSEMENT DU POULS
PENDANT LES SUITES DE COUCHES

Par **H. Varnier.**

Le ralentissement du pouls est, depuis 1864, considéré comme un phénomène quasi-caractéristique des suites de couches normales.

Signalé en passant par R. Whytt dès 1765, puis par A.-H. Mac Clintock en 1861 comme purement constitutionnel, il fut surtout bien étudié par Blot dans un mémoire publié en 1864 dans les *Archives générales de médecine* et dont voici les conclusions textuelles :

« 1° Chez les femmes en couches *bien portantes*, on voit généralement survenir un ralentissement du pouls plus ou moins marqué.

« 2° La fréquence de ce phénomène varie nécessairement avec l'état sanitaire, comme le prouvent les trois séries d'observations faites par nous successivement à la clinique et à l'Hôtel-Dieu.

« Dans l'état physiologique, le ralentissement du pouls nous paraît un fait *général*, en rapport avec la déplétion utérine ; son degré seul varie ; il ne tient pas à une disposition particulière à quelques femmes qui auraient naturellement et ordinairement le pouls lent. Celles qui font le sujet de mes observations ont été suivies assez longtemps pour que j'aie pu m'assurer que chez elles le pouls avait, en dehors de l'état puerpéral, la fréquence physiologique ordinaire.

« 3° Quant au *degré* du ralentissement, il peut varier beau-

coup ; j'ai vu trois fois le pouls tomber à 35 pulsations par minute; le plus communément il oscille entre 44 et 60.

« Le régime alimentaire n'exerce pas une influence manifeste.

« 4° On le trouve plus souvent chez les multipares que chez les primipares, ce qui peut s'expliquer par la fréquence plus grande des accidents puerpéraux chez les dernières.

« 5° La *durée* du ralentissement varie de quelques heures à dix ou douze jours ; elle est en général d'autant plus longue que le ralentissement est plus considérable, pourvu toutefois qu'un accident morbide ne tire pas subitement les femmes de l'état physiologique.

« 6° La marche du ralentissement du pouls est presque toujours la même; il commence ordinairement dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, il va en augmentant, reste un certain temps stationnaire, puis disparaît peu à peu.

« On le voit souvent persister, même à un degré très prononcé, pendant la période des couches qu'on décrit généralement sous la dénomination, souvent impropre, de *fièvre de lait*.

« 7° La longeur du travail ne paraît pas exercer une influence notable sur son développement et sur son degré; au contraire, le moindre état pathologique l'empêche de se produire ou le fait disparaître ; on l'observe après l'avortement, après l'accouchement prématuré, spontané ou artificiel, comme après l'accouchement à terme.

« Les tranchées utérines, même intenses, ne le font pas disparaître. Il n'en est pas ordinairement de même des hémorrhagies. On peut cependant l'observer quelquefois après celles qui n'ont pas été abondantes.

« 8° La position couchée, assise ou debout le font varier très notablement.

« 9° Le ralentissement du pouls est un signe pronostique très favorable; on ne le rencontre que chez les femmes bien portantes; dans un service d'hôpital, sa fréquence indique un état sanitaire excellent; sa rareté doit faire craindre l'invasion prochaine des états morbides qu'on voit si souvent régner sous forme épidémique.

« 10° Quant à sa cause, il ne faut pas la chercher dans une sorte d'épuisement nerveux, comme je l'avais cru tout d'abord ; les recherches sphygmographiques auxquelles nous nous sommes livrés, avec M. Marey, montrent d'une manière manifeste qu'il est en rapport avec une augmentation de la tension artérielle après l'accouchement. »

Depuis lors de nombreux mémoires — parmi lesquels se distinguent plus particulièrement ceux de Falaschi (de Sienne, 1871), et de Louge (1886) *sur le pouls puerpéral physiologique* — sont venus confirmer dans ses grandes lignes le travail de Blot.

Voici résumées les principales conclusions de Louge :

Le pouls d'une femme jeune, bien portante, éveillée, au repos, étant hors l'état de grossesse de 72 à 75, les moyennes obtenues sur 20 femmes grosses du 5e mois jusqu'à la fin de la grossesse sont :

Pour la position couchée . . . . 84,6.
— assise . . . . 86,5.
— debout . . . . 86,9.

Le pouls pendant le travail s'accélère de 5 à 6 pulsations par minute pendant les douleurs préparantes, de 15 à 20 pendant les contractions efficaces en dehors de l'effort, pour retomber en moyenne à 82 aussitôt après l'expulsion du fœtus, remonter à 100 ou 120 pendant le frisson physiologique et descendre enfin plus ou moins brusquement, après la délivrance, au-dessous de la moyenne physiologique.

A partir de ce moment les courbes obtenues pendant les couches les plus régulières présentent généralement l'un des trois types suivants :

1° Le pouls oscille pendant toute la durée des suites de couches entre 72 et 80, sans jamais descendre au-dessous. C'est la *courbe sans ralentissement.*

2° La fréquence oscille entre 72 et 80, mais on observe à cer-

tains jours des couches, variables, une diminution momentanée; le pouls descend à 60, à 58, puis s'élève de nouveau. C'est la courbe la plus commune *à ralentissement mixte*.

3° La fréquence du pouls, qui se tenait entre 70 et 84 après la délivrance, se ralentit manifestement et graduellement, oscille en moyenne entre 50 et 46, présente le maximum du ralentissement le matin du 7e jour, puis s'élève successivement au chiffre normal. C'est la *courbe à ralentissement franc*; elle forme une ligne à concavité supérieure.

Ce ralentissement, que Blot dit s'observer presque constamment, Falaschi chez le quart des accouchées, Olshausen dans 63 p. 100 des cas, Louge l'a noté chez une primipare sur quatre, et chez une multipare sur trois.

Le degré est variable — moyenne 40 à 50 (Olshausen); 44 à 50 (Falaschi); 44 à 56 (Blot); 48 à 52 (Hemey); 50 à 60 (Louge).

Les minima observés sont : 44 (Hemey) ; 42 (Lorain) ; 40 (Lõhlein); 38 (Falaschi); 36 (Meyburg); 35 (Blot); 34 (Olshausen) ; 30 (Mac Clintock).

Le ralentissement se manifeste de 8 à 48 heures après la délivrance. Sa marche est presque toujours la même : il va d'abord en augmentant, reste stationnaire, puis disparaît progressivement. Parfois il cesse pendant quelques jours pour reparaître ensuite.

La durée du ralentissement varie de 1 à 12 jours.

Quant à l'époque où il atteint son maximum, elle est variable, ainsi qu'en témoignent les divergences des auteurs :

Fin du 2e jour (Blot).	Matin du 7e (Louge).
De la 48e à la 60e heure (Falaschi).	Soir du 7e jour (Baumfelder).
Du 5e jour au 8e jour (Lõhlein).	7e au 9e (Deubel).
Du 5e au 7e jour (Olshausen).	9e jour (Meyburg).

C'était donc là une donnée qui semblait bien assise lorsque tout récemment Karl Heil, assistant de Kehrer à Heidelberg, reprenant cette étude, dans un mémoire intitulé: « *Existe-t-il*

un ralentissement physiologique du pouls pendant les suites de couches ? » (1) est arrivé à des données diamétralement opposées :

« Chez les femmes bien portantes, au repos, le pouls, dit Heil, tombe fréquemment, hors l'état de grossesse, au-dessous de la moyenne admise, 75 (65 et au-dessous dans 49 p. 100 des cas).

« Chez les femmes enceintes, au repos, le pouls tombe fréquemment au-dessous de 75 (60,8 p. 100) ; au-dessous de 65 (24, 45 p. 100) ; au-dessous de 60 — minimum 48 — (11,45 p. 100).

« Le nombre 65 et au-dessous s'observe plus fréquemment au cours de la grossesse que dans aucun des 10 premiers jours des suites de couches.

« Dans 45 p. 100 des cas le nombre moyen des pulsations pour les suites de couches est supérieur au nombre moyen pendant la grossesse.

« Dans 12 p. 100 des cas seulement la moyenne des pulsations est au moins de plus de 10 pulsations inférieure à la moyenne correspondante pendant la grossesse. 10 p. 100 de ces cas ont trait à des multipares.

« L'examen d'une courbe, tracée d'après les moyennes établies pour chacun des premiers jours des suites de couches, montre que du 1er au 8e jour la moyenne va de 71 à 75 pulsations pour s'élever à 78 le neuvième et à 81 le dixième.

« En faisant les réserves que commandent le nombre relativement restreint des cas (100) et les causes d'erreur que comporte l'étude d'un phénomène aussi délicat, aussi sujet à variations que le pouls, Heil pense avoir néanmoins démontré *qu'on ne saurait admettre, dans la mesure où cela a été fait jusqu'ici, un ralentissement physiologique du pouls pendant les suites de couches.* Il a d'ailleurs noté fréquemment un pouls lent, mais c'est là un phénomène qu'on rencontre aussi bien dans la grossesse. Il ne saurait donc plus être qnestion du ra-

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1898, t. L, p. 129.

lentissement physiologique du pouls des accouchées ; le pouls à la vérité peut être lent, et c'est là un phénomène de bon augure, mais il ne représente pas un attribut propre, exclusif aux suites de couches. »

. . . .

En présence d'assertions à ce point contradictoires, et pour éclairer ma religion, j'ai institué deux séries d'observations.

1re série.

J'ai pris chaque matin à 9 heures, pendant un temps variant de 4 à 32 jours (savoir : 4 à 10 jours, 5 obs. — 10 à 20 jours, 13 obs. — 20 à 30 jours, 7 obs. — 30 à 40 jours, 7 obs.), le pouls de 32 femmes grosses, couchées, hospitalisées à la Clinique Baudelocque au cours des deux derniers mois de la grossesse (1).

Sur les courbes obtenues j'ai accentué la ligne correspondant à 75 pulsations à la minute.

Et j'ai pu ainsi séparer aisément mes observations en 3 catégories.

a) celles dans lesquelles la courbe reste constamment au-dessus de 75 ;

b) celles dans lesquelles la courbe reste en grande partie au-dessus de 75, avec quelques rares descentes au-dessous de ce chiffre (de 1 à 5), les minima ainsi notés étant 72, 70, 68, 67, 60, 60, 60 ;

c) celles dans lesquelles la courbe est franchement à cheval sur 75 avec minima de 70, 68 et 64 ;

d) celles enfin dans lesquelles la courbe est tout entière au-dessous de 75 avec minima de 61 et 58.

La conclusion chiffrée est celle-ci :

Sur 32 femmes grosses observées au cours des deux derniers mois :

---

(1) Je dois à ce sujet des remerciements à mon élève et ami le Dr Harley pour sa précieuse collaboration.

Pouls constamment au-dessus de 75 ou avec rares descentes au-dessous....	26 = 81 p. 100
Pouls à cheval sur 75...........	4 = 12,5 —
Pouls franchement au-dessous de 75........................	2 = 6,25 —

En d'autres termes, sur 32 femmes grosses il en est 22, soit 68,75 p. 100, chez lesquelles la courbe du pouls du matin ne descend pas au-dessous de 70, reste au-dessus de 70.

D'autre part, j'ai pris le pouls dans les mêmes conditions, c'est-à-dire le matin seulement, sur 18 accouchées, et matin et soir sur 17, pendant un minimum de 9 jours et un maximum de 16. Séparant les courbes de la même façon que précédemment j'ai obtenu les chiffres suivants :

Sur 35 femmes accouchées bien portantes, à température normale :

Pouls au-dessus de 75.........	1 = 2.85 p. 100
Pouls à cheval sur 75..........	20 = 57,14 —
Pouls au-dessous de 75........	14 = 40 —

En d'autres termes, sur 35 femmes accouchées, à température normale, il en est seulement 4, soit 11,42 p. 100, chez lesquelles la courbe du pouls ne descend pas au-dessous de 70, reste constamment au-dessus de 70.

Les figures ci-jointes (1 à 6, p. 37 à 39), représentent les trois types principaux observés au cours des suites de couches. La ligne pleine est celle de la température, normale dans tous les cas ; la ligne pointillée marque la courbe du pouls.

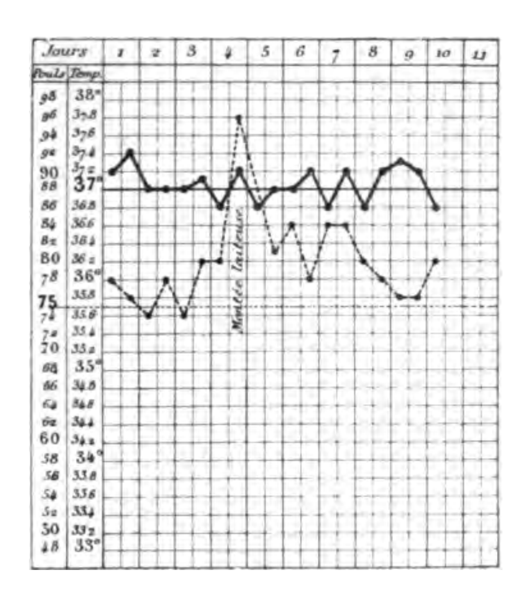


Fig. 1. — Secondipare. Pouls sans ralentissement, restant à 75 et au-dessus, avec ascension à 96 au moment de la montée laiteuse, sans oscillation correspondante de la courbe thermique.

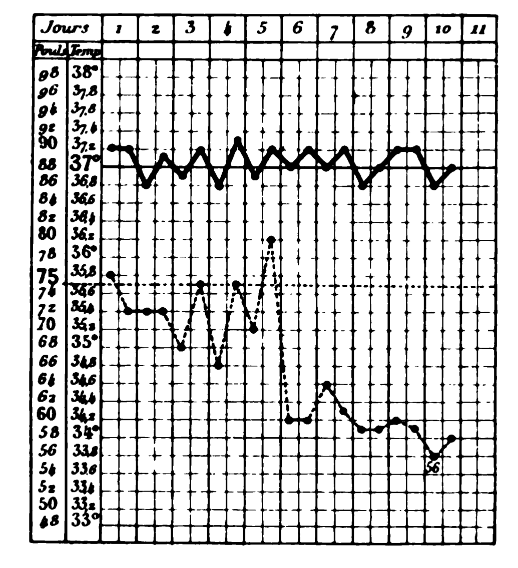


Fig. 2. — Tertipare. Ralentissement du pouls, tardif, s'accusant le 6e jour ; le minimum 56 est atteint le 10e jour

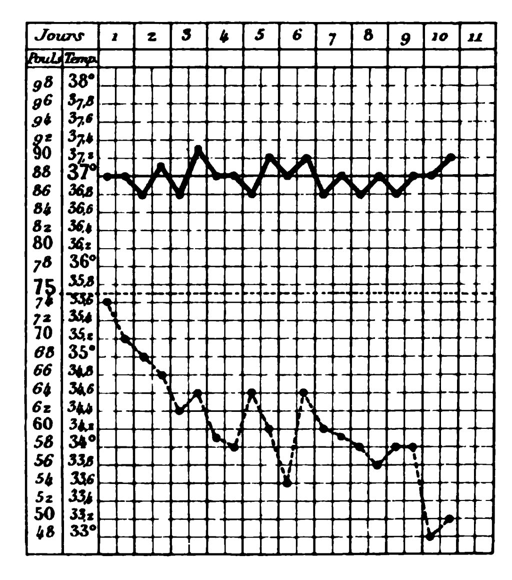


Fig. 3. — Tertipare. Ralentissement graduel. Le minimum 48 est atteint le 10e jour.

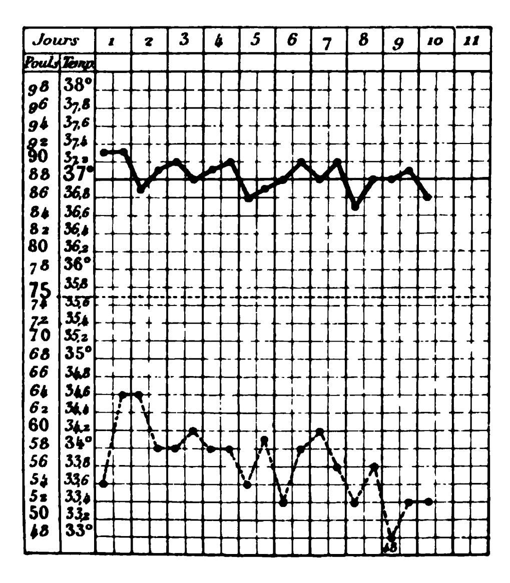


Fig. 4. — Primipare. Ralentissement du pouls. Type courant. Minimum 48, le 9e jour. La montée laiteuse n'a pas interrompu la descente.

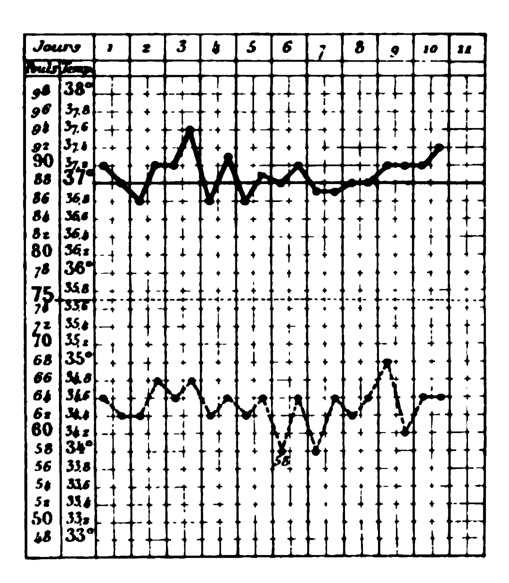


FIG. 5. — Tertipare. Ralentissement du pouls. Mimimum 58, le 6e jour. La montée laiteuse a à peine influencé la courbe du pouls dont l'allure générale est horizontale.

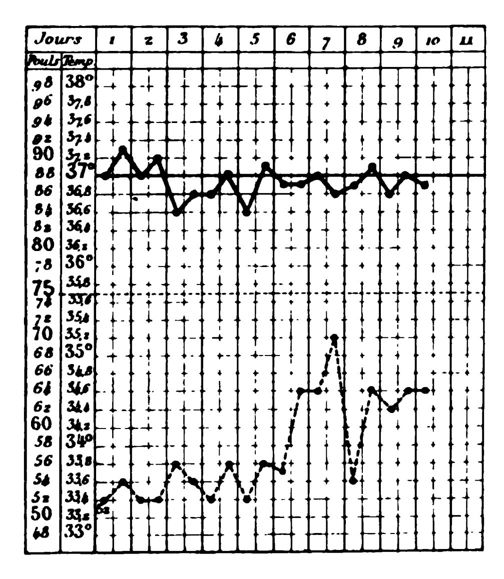


FIG. 6. — IV pare. Ralentissement du pouls. Type rare. Le minimum 52 est atteint dès le premier jour. A partir du 6e, alors que la température reste normale, le pouls remonte en deux jours aux environs de 64, restant encore largement audessous de la moyenne de la grossesse.

Le tableau ci-dessous permet de faire d'un coup d'œil la comparaison entre la grossesse et les suites de couches :

	GROSSESSE (32 observ.) —	SUITES DE COUCHES (35 observ.) —
Pouls au-dessus de 75 ou avec rares descentes au dessous..	81 p. 100	2,85 p. 100
Pouls à cheval sur 75.........	12,5 —	57,14 —
Pouls au-dessous de 75........	6,25 —	40 —
Pouls au-dessus de 70.........	68,75 —	11,42 —

Il ressort nettement de l'examen de ce tableau que **la courbe du pouls chez les 35 accouchées observées est notablement inférieure à la courbe du pouls chez les 32 femmes grosses.**

Mais, dira-t-on, il s'agit de femmes différentes.

Voici donc les résultats d'une **deuxième série** d'observations dans lesquelles j'ai étudié le pouls chez 36 femmes **avant** et **après** l'accouchement (température normale).

2e Série.

Chez 26, la courbe des suites de couches est franchement au-dessous de la courbe de grossesse (fig. 7 à 12, p. 41 à 46).

Chez 6, les deux courbes se correspondent à peu près, bien que les minima des suites de couches soient, dans 2 cas au moins, inférieurs à ceux de la grossesse.

Chez 4 seulement la courbe des suites de couches est plus élevée que celle de la grossesse.

En résumé, dans 72,22 p. 100 des cas au moins il y a pendant les suites de couches un ralentissement indéniable du pouls.

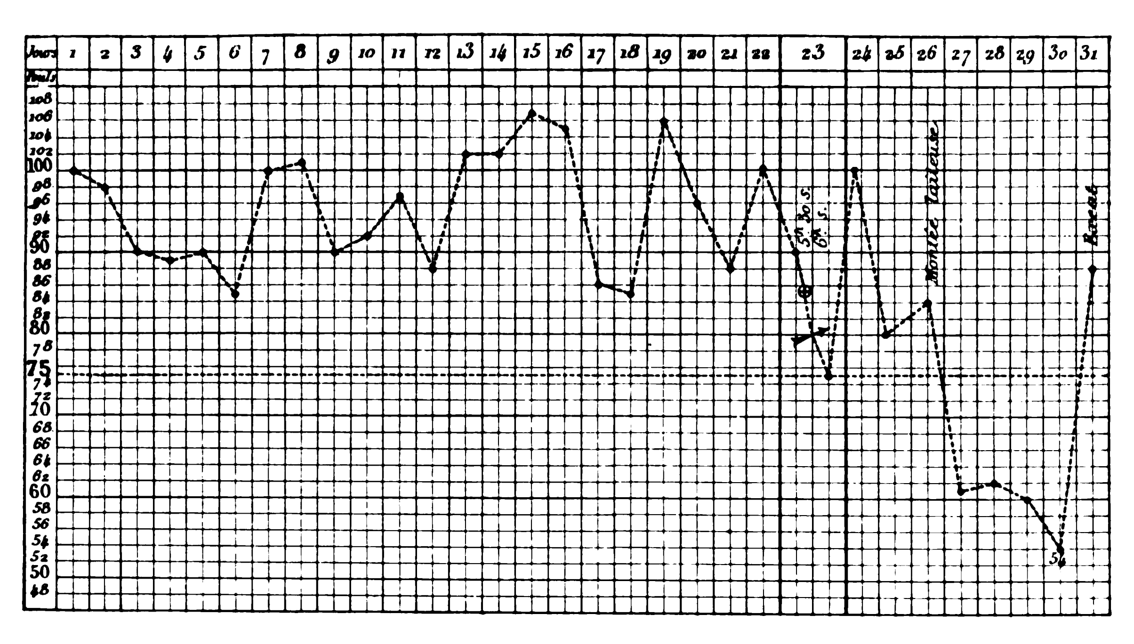


FIG. 7. — Les courbes 7 à 12 où les jours sont numérotés par les quantièmes du mois, sont divisées en 3 cases dont la première, en partant de la gauche, représente la grossesse ; la deuxième, la plus étroite, le travail ; la troisième, les suites de couches. — Dans la 2ᵉ case le cercle marqué d'une croix correspond à l'expulsion spontanée du fœtus ; la flèche à celle des annexes.

Ipare de 24 ans. Pouls au-dessus de 75 pendant la grossesse, à cheval sur 75 avec ralentissement au 4ᵉ jour, minimum 54 le 7ᵉ jour. On n'a noté que le pouls du matin. (Clinique Baudelocque, observ. nº 1460 de 1898.)

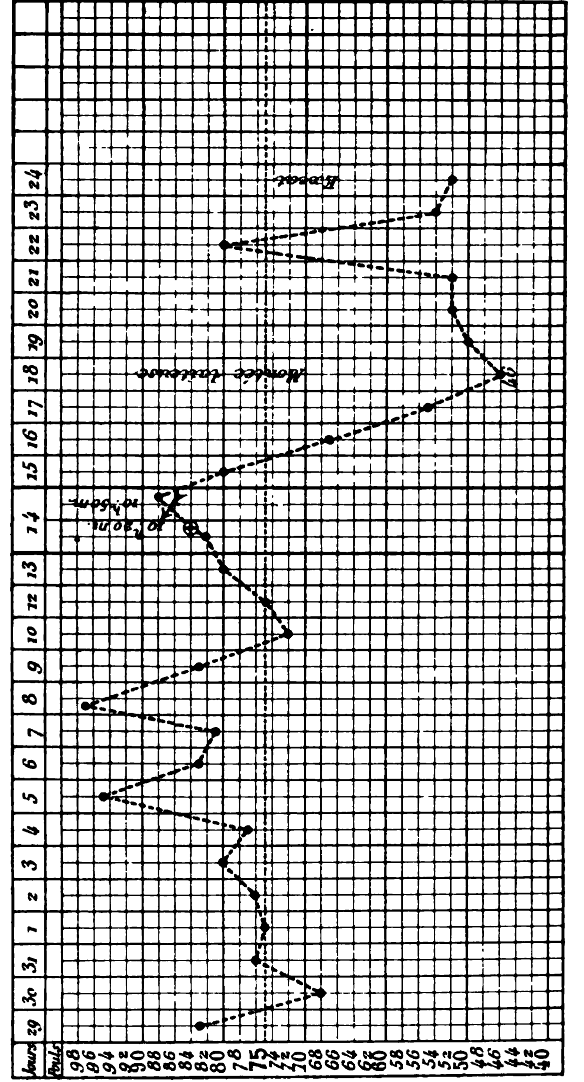


FIG. 8. — Ipare de 21 ans. Pouls au-dessus de 75 (avec rares descentes au-dessous) pendant la grossesse, au-dessous de 75 pendant les suites de couches. Ralentissement du pouls à minimum précoce, 46 le 4e jour. Le crochet du 8e jour correspond au premier lever. Dès le lendemain le pouls retombe aux environs de 50. — On n'a noté que le pouls du matin. (Clinique Baudelocque, observ. n° 1392 de 1898.)

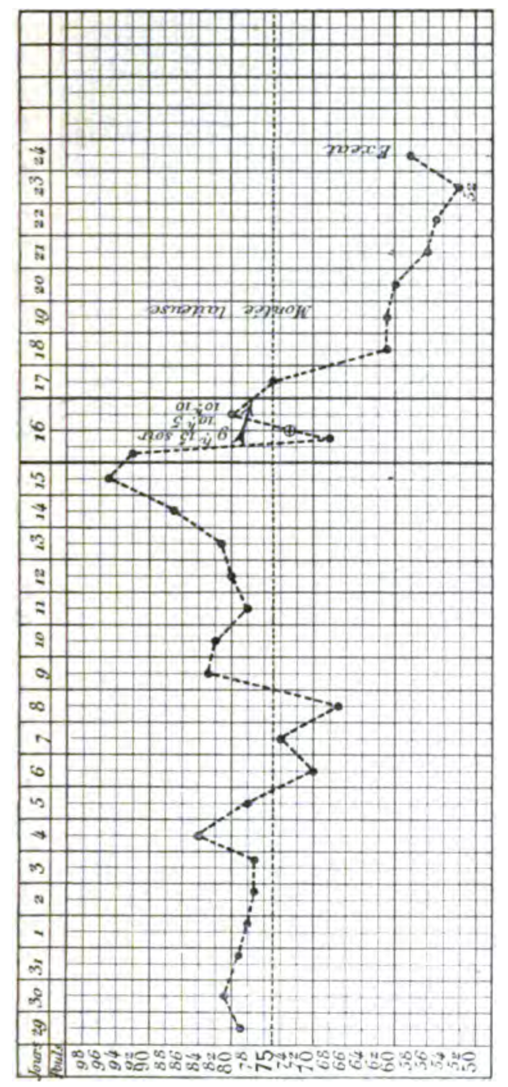


Fig. 9. — IIpare de 29 ans. Pouls au-dessus de 75 (avec rares descentes au-dessous) pendant la grossesse, au-dessous de 75 pendant les suites de couches. Ralentissement graduel à minimum 52 le 7e jour. — On n'a noté que le pouls du matin. (Clinique Baudelocque, observ. n° 1405 de 1898.)

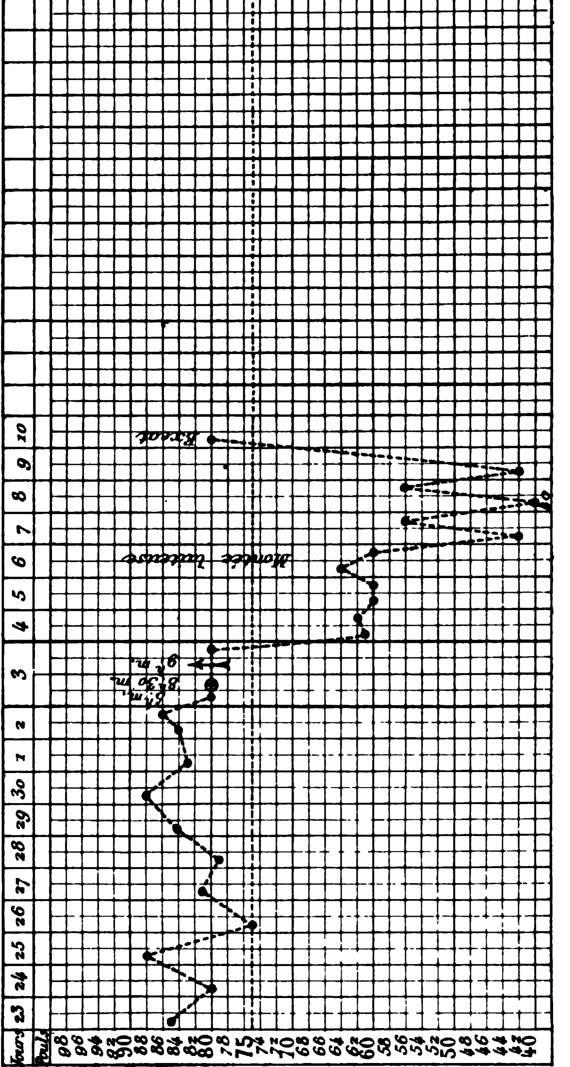


FIG. 10. — Xpare de 30 ans. Pouls au-dessus de 75 pendant la grossesse, au-dessous de 75 pendant les suites de couches. Ralentissement s'accusant après la montée laiteuse, minimum 40 le 5e jour. — On n'a noté que le pouls du matin pendant la grossesse. Pendant les suites de couches il a été pris matin et soir. (Clinique Baudelocque, obs. 1703 de 1898.)

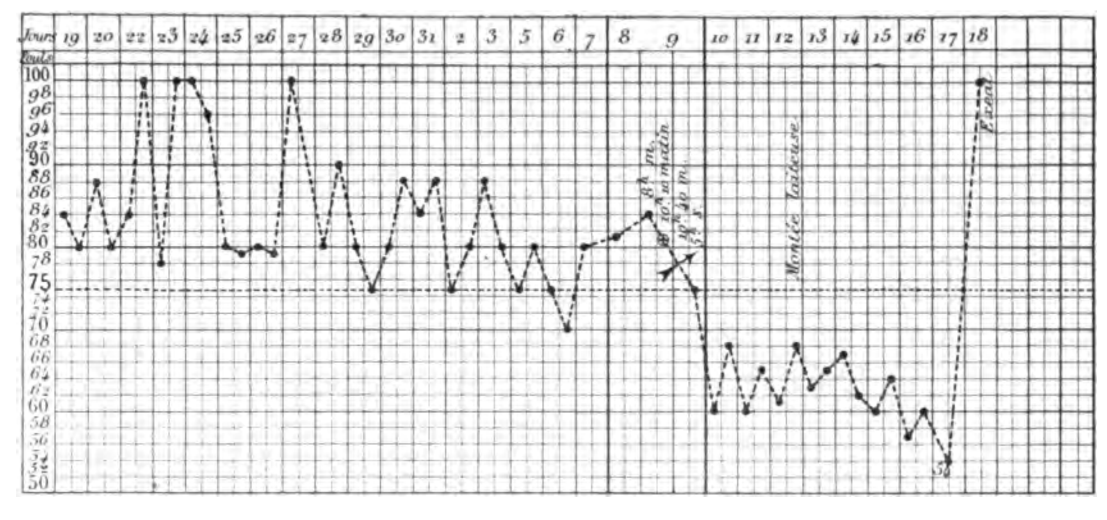


Fig. 11. — Ipare de 25 ans. Pouls au-dessus de 75 pendant la grossesse, au dessous de 75 pendant les suites de couches. Ralentissement s'accusant le 6[e] jour, minimum 54 le 8[e] jour.

On a noté le pouls matin et soir pendant toute la durée de l'observation. (Clinique Baudelocque, observ. n° 1551 de 1898.)

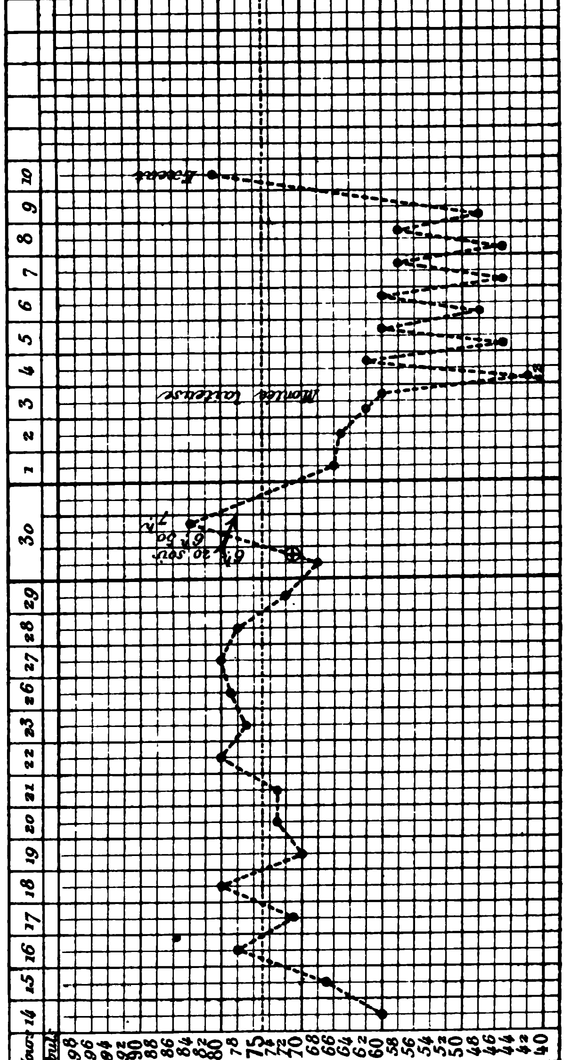


Fig. 12. — VIpare de 38 ans. Pouls à cheval sur 75 pendant la grossesse, au-dessous de 75 pendant les suites de couches. Ralentissement à minimum précoce, 42 le 4e jour.

On n'a noté que le pouls du matin pendant la grossesse. Pendant les suites de couches il a été pris matin et soir. (Clinique Baudelocque, observ. n° 1683 de 1898.)

Ce ralentissement est plus fréquent chez les multipares que chez les primipares.

Le minimum atteint oscille entre 40 et 68, savoir :

40 à 49	=	5,	dont 3	multipares
50 à 59	=	13	— 9	—
60 à 69	=	8,	— 6	—

Ce minimum s'observe du 5e au 8e jour dans 18 cas sur 26 ; 7 fois sur 18, il correspond au 7e jour; je l'ai vu n'apparaîtr qu'au 10e jour.

Dans 6 cas sur 26, il correspond aux 4 premiers jours, et la courbe n'est généralement pas modifiée par la montée laiteuse.

Lorsque la femme se lève pour la première fois, il est habituel de constater une ascension brusque de la courbe (fig.) (1) ; mais lorsque le ralentissement est très prononcé et tardif, le pouls ne tarde pas à revenir à la ligne basse, sans que je puisse dire actuellement à quel moment il remonte définitivement à la normale de l'état de vacuité.

Bref, pour conclure, **dans le milieu et dans les conditions où Blot a observé et où nous observons après lui : « on voit généralement survenir chez les femmes en couches, bien portantes, un ralentissement plus ou moins marqué du pouls. Dans l'état physiologique le ralentissement du pouls nous paraît un fait général ; son degré seul varie ; il ne tient pas à une disposition particulière à quelques femmes qui auraient naturellement le pouls lent. »**

---

(1) Chez une VIIpare dont le pouls était à 44 le matin du 7e jour, j'ai compté 40 pulsations le 9e jour, au moment de la sortie de la Clinique, 4 heures après le lever.

DE

L'HYSTEROPEXIE VAGINALE (VAGINO-FIXATION)

Par M. le professeur **Dührssen** (Berlin).

Dans le numéro de novembre 1898, Richelot recommande une méthode de vagino-fixation, qui, d'après l'expérience déjà faite en Allemagne, ne possède pas la supériorité qu'il lui accorde, ni surtout n'assure pas le succès. Déjà, en 1895, Keller avait communiqué un cas dans lequel, après ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, il avait fixé solidement à la paroi vaginale antérieure l'utérus long de 8 centim. par quatre points de suture à la soie, sutures qui avaient été passées à travers la paroi antérieure du corps de l'utérus, du fond de l'utérus jusqu'à l'orifice interne. Or, en dépit de cette fixation sûrement solide, une récidive se produisait déjà après quatre mois et demi. D'autre part, Græfe dans un cas où la paroi antérieure de l'utérus avait été réunie au vagin par un certain nombre de sutures, mais sans que le repli vésico-utérin eût été ouvert, dut néanmoins à cause de l'état du col et de sa dilatation défectueuse faire l'opération césarienne.

Je m'explique la récidive dans le cas de Keller par le fait « que consécutivement à la suture de toute la paroi antérieure du corps de l'utérus au vagin, l'union se fit plus étroite, plus intime au niveau du segment inférieur de la matrice que du fond, région plus exposée à la pression variable de la vessie et que cette fusion plus complète attira de nouveau en avant la partie inférieure de l'utérus. Quant aux conséquences fâcheuses observées dans le cas de Græfe, je les rapporte à une soudure trop étendue de la paroi antérieure du corps de l'utérus, par

suite de laquelle cette paroi utérine ne put suivre son développement normal pendant la grossesse.

Et, maintenant, il n'est pas douteux que le procédé de Richelot, lequel est presque identique aux méthodes opératoires citées, n'assure pas une guérison définitive de la rétroflexion et n'écarte pas la possibilité de troubles ultérieurs dans l'accouchement. Relativement à ce dernier point, Richelot provoque par sa suture qui traverse toute la paroi antérieure du corps de l'utérus, une soudure fibro-séreuse, également très solide, de toute cette paroi avec la paroi antérieure du vagin et simultanément, de cette façon, un développement défectueux de toute la paroi antérieure du corps de l'utérus pendant la grossesse qui suffit à produire des désordres graves de l'accouchement. Car dans les cas où j'observai les troubles typiques de l'accouchement, je n'avais pas placé mes sutures plus haut que Richelot — sa suture supérieure —, c'est-à-dire à la limite supérieure de la paroi antérieure du corps de l'utérus. Aussi, dans les cas que j'ai opérés, le fond de l'utérus pût-il, pendant la grossesse, librement se développer, mais, malgré cela, les troubles de l'accouchement se produisirent. Cela prouve, ainsi que je l'ai démontré récemment, que quelques *solides* adhérences, situées au-dessus de l'orifice interne, de la paroi antérieure et postérieure du corps de la matrice suffisent à déterminer des troubles de l'accouchement. La portion de la paroi de l'utérus située au-dessous de ces adhérences ne s'étend pas, par suite le reste de la paroi utérine se développe plus fortement et, de ce fait, attire la portion vaginale du col en haut d'une manière anormale. Conditions défavorables qui s'accentuent sous l'influence du travail. (Voir : Ueber Aussachungen, Rückwärtsneigungen und Knickungen des schwangeren Uterus mit besonderer Berucksichtigung der sog. Retroflexio uteri gravidi partialis. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 57, Hft. 1.)

Je pense aussi que Richelot n'a pas dit le dernier mot dans la question de la vagino-fixation, tandis que par le perfectionnement progressif de ma méthode j'ai, depuis 3 ans et demi déjà, atteint le but : d'éviter en toute certitude les troubles de l'ac-

couchement et, en outre, d'obtenir une guérison définitive de la rétroflexion, qui ne risque pas d'être compromise par des accouchements ultérieurs. Je suis persuadé qu'on ne peut rien attendre de plus d'une bonne méthode de vagino-fixation.

Richelot apparemment ne connaît pas ce perfectionnement de

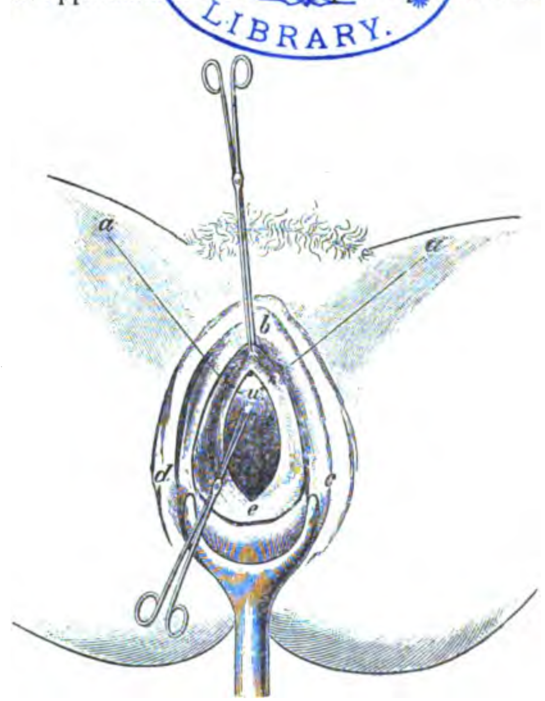


FIG. 1.

a, a. Fil de fixation. — *b, c, d.* Incision vaginale. — *e.* Extrémité inférieure de l'ouverture péritonéale sagittale. — *u.* Fond de l'utérus.

ma méthode ; aussi, je veux le rappeler ici succinctement ; il consiste dans la fermeture *isolée* de l'ouverture, faite dans le sens sagittal, du repli vésico-utérin par une suture continue avec un fil de catgut. Le fil de fixation déjà placé, traverse l'extrémité supérieure de l'incision vaginale, de l'ouverture péritonéale du repli vésico-utérin, et la paroi antérieure de

l'utérus au niveau de l'insertion des trompes. En ce qui concerne le matériel à suture, je suis revenu, après les expériences peu satisfaisantes avec le catgut, au crin de Florence que j'employais déjà en 1893 (V. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 48). Cette méthode est représentée dans la figure ci-jointe (fig. 1) qui

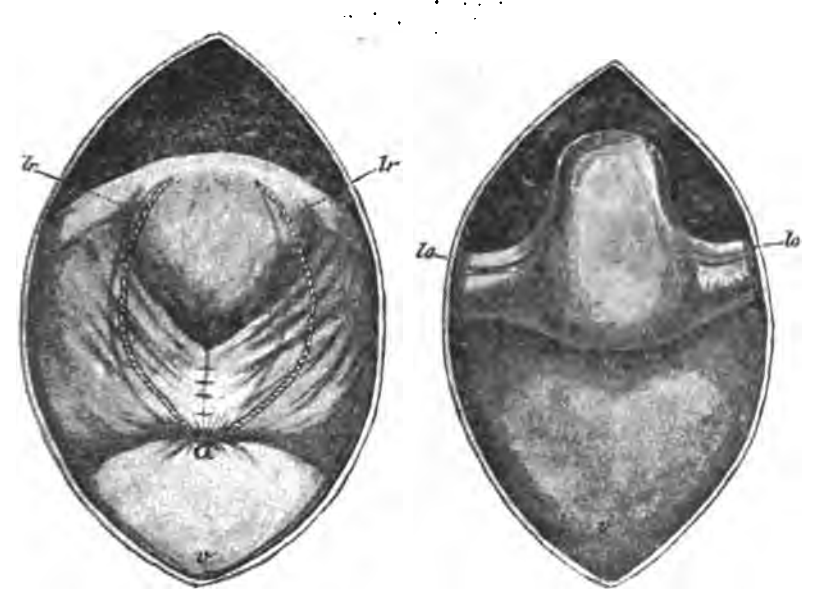


Fig. 2. — Vagino-fixation exécutée complètement sur le cadavre, si ce n'est que le fil de fixation n'est pas noué.

Fig. 3. — Le fil de fixation est noué.

Les figures 2 et 3 montrent comment la paroi antérieure du corps adhère exclusivement avec le péritoine *a*, *b*.

est contenue dans la cinquième édition (1896) de mon « *Vadecum* de gynécologie ».

Comme il ressort de sa comparaison avec la figure 2 de Richelot, une différence des deux méthodes réside dans le fait que je place un seul fil de fixation qui est conduit un peu plus haut à travers la paroi antérieure du corps de l'utérus et qui

comprend les bords de l'ouverture péritonéale. On aperçoit l'autre différence de ma méthode sur la figure 2.

Cette image a été obtenue de la façon suivante : j'exécutai sur le cadavre une vagino-fixation, mais je ne nouai pas le fil de fixation et alors j'ouvris le péritoine dans le but d'inspecter

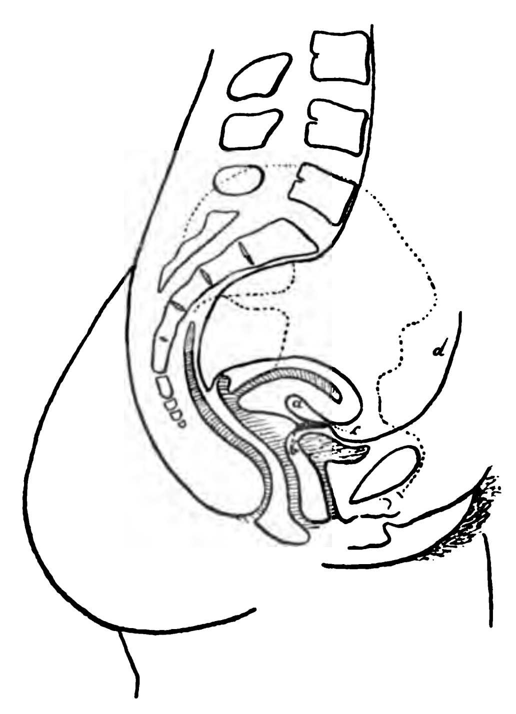


FIG. 4. — État des organes pelviens après vagino-fixation intra-péritonéale guérie.

a. Repli conservé. — *b*. Adhérence connective entre le vagin et le péritoine vésical. — *c*. Adhérence séro-séreuse entre le corps de l'utérus et le péritoine vésical.

les modifications produites par l'opération sur l'utérus artificiellement rétroversé. On voit que ces altérations sont de minime importance : l'ouverture péritonéale allant de l'orifice interne au sommet de la vessie est exactement fermée, le fil de

fixation traverse le péritoine vers l'extrémité supérieure de l'ouverture péritonéale et, d'autre part, l'utérus à la hauteur de l'insertion des ligaments ronds. Si du vagin l'on tire maintenant le fil de fixation, on voit sur la figure 3, comment la paroi antérieure du corps de l'utérus s'adosse intimement au péritoine de la paroi postérieure de la vessie et comment, de cette façon, peut se produire au niveau du fil de fixation une soudure séro-séreuse de la paroi antérieure du corps de la matrice avec le péritoine qui tapisse la face postérieure de la vessie.

Par ce procédé on obtient un état comme celui qui est représenté dans la figure 4.

Sous ce rapport, je veux maintenant relater un cas que j'ai opéré le 7 mars 1898. Dans ce même cas, j'avais, 6 mois auparavant, à cause d'une rétroversion irréductible et d'un hydrosalpinx bilatéral, extirpé les deux trompes par le vagin et vagino-fixé l'utérus libéré de ses adhérences.

Par suite de la persistance de douleurs ovariques intenses — phénomène heureusement rare — je dus me résoudre à pratiquer la castration totale. A cette occasion, le pli vésico-utérin, c'est-à-dire le cul-de-sac péritonéal entre la vessie et l'utérus, apparut complètement conservé. Il s'étendait en bas près de l'orifice interne. Entre le péritoine qui tapisse la paroi postérieure de la vessie et celui de la paroi antérieure du corps de l'utérus, tous les deux parfaitement lisses, s'étiraient seulement, au niveau du fond de l'utérus, une série de filaments longs d'environ un demi à 1 centim. qui suffisaient à maintenir l'utérus en antéversion, mais qui d'autre part étaient si fragiles qu'ils se rompaient à la plus légère pression du doigt.

Au reste, dans ce cas, les douleurs ovaralgiques étaient causées par l'adhérence de l'épiploon avec l'ovaire droit. La femme se trouva, grâce à la seconde opération, délivrée de toutes les douleurs qu'elle éprouvait.

L'adhérence connective produite par le fil de fixation entre le vagin et le péritoine vésical fournit le point solide pour le maintien et la réduction définitive de l'utérus. Ce résultat est également assuré par le fil de fixation à la faveur d'une adhé-

rence séro-séreuse, utéro-vésicale, soudure du feuillet péritonéal de la face antérieure de la matrice avec le feuillet péritonéal de la face postérieure de la vessie. Les filaments délicats de cette adhérence suffisent pour maintenir l'utérus en antéversio-flexion normale, et, d'autre part, ils se distendent facilement dans le cas de grossesse. Après l'accouchement, ces adhérences, à mesure que s'effectue l'involution utérine, se rétractent si bien qu'on n'a pas à craindre la récidive de la rétroflexion.

En outre, l'*opération*, au moins quand elle a pour but la cure d'une rétroflexion, *est sans danger*. De cela, j'ai fourni la preuve dans un livre récemment paru (1). Je veux ici la produire tout à fait brièvement :

Sur 352 vagino-fixations qui ont pu être suivies jusqu'à 6 ans après l'intervention, je n'ai eu à enregistrer que 2,3 p. 100 de récidives, dues, pour la plupart, à l'emploi du catgut.

Dans beaucoup de mes observations, en outre, l'opération seule avait permis la conception ou, au lieu d'accouchements prématurés, des accouchements à terme.

Sur l'ensemble des cas traités par cette méthode opératoire, j'ai observé 23 accouchements à terme, 2 fois seulement une intervention fut nécessaire ; dans un cas, il fallut faire la perforation à cause de la rigidité du col anormalement long (prolapsus utérin antérieur avec allongement du col) ; dans un autre, une application de forceps au détroit inférieur, par suite de la rigidité du périnée chez une primipare âgée. Dans les cas où il fut procédé à un examen déjà pendant la grossesse, on constata un développement tout à fait normal de l'utérus, une présentation normale de l'enfant, un état normal du col et une configuration normale des culs-de-sac.

Il est indiscutable que sous le rapport des indications de la cure chirurgicale de la rétroflexion le chiffre de la mortalité,

(1) *De l'emploi plus restreint de la laparotomie par l'usage de la laparotomie vaginale*, etc. (Die Einschränkung des Bauchschnitts durch die vaginale Laparotomie, etc.). Berlin, 1899, KARGER.

après la notion de l'évolution des accouchements ultérieurs, a de l'importance. Je puis, à ce sujet, déclarer que sur des centaines de cas de rétroflexion mobile et fixée, dans lesquels il ne fut pas nécessaire de pratiquer une opération quelconque sur les annexes, et où je fis l'occlusion isolée du cul-de-sac vésico-utérin, il ne survint aucun décès.

La mortalité générale pour les 503 cœliotomies vaginales que j'ai pratiquées atteint seulement 3 p. 100, proportion faible si l'on tient compte du grand nombre de cas compliqués que j'ai eu à traiter. Ainsi, dans 17 cas, j'ai enlevé à l'aide de cette méthode opératoire la trompe gravide. En général, j'ai, sur un total de 283 opérations pour les annexes, procédé la plupart du temps à des extirpations. Le plus souvent, il s'agissait d'affections des annexes inflammatoires avec adhérences périmétritiques ou de processus gonorrhéiques ou infectieux. Pyosalpinx, abcès ovariques se rencontraient fréquemment. En faveur des qualités de l'opération au point de vue de son exécution militent particulièrement entre les autres deux cas dans lesquels l'appendice cæcal qui adhérait aux annexes droites fut enlevé. Aussi j'ai pu enlever, après les avoir réduits par la ponction, par le cul-de-sac vaginal antérieur, des kystes ovariques dépassant l'ombilic, s'élevant même jusqu'au rebord costal et un grand nombre de petites tumeurs dermoïdes.

D'autre part, je m'efforce d'être le plus conservateur possible. Toujours, je m'applique à sauver l'utérus et au moins une portion d'un ovaire, afin de conserver à l'opérée la fonction menstruelle et les attributs de son sexe. Une trompe est-elle saine, je la conserve après libération éventuelle de ses adhérences périmétritiques.

En ce qui concerne l'*étiologie* de la rétroversio-flexion, c'est un point sur lequel je me suis aussi étendu dans mon livre. Certes, le fait mis en relief par Richelot que des rétroversions se produisent chez les jeunes filles est bien exact. Également, je souscris à l'opinion de Richelot que ces rétroversions peuvent être la conséquence d'un relâchement de l'utérus et de ses ligaments, qui apparaît comme un des symptômes d'un trouble

général de la nutrition chez les sujets nerveux et chlorotiques. D'autre part, j'ai vu toute une série de cas pour lesquels la rétroversion avait été causée par un traumatisme, chez des femmes d'ailleurs jeunes, bien portantes et vigoureuses et chez lesquelles, sous l'influence des douleurs provoquées par la déviation utérine, étaient survenus progressivement un affaiblissement général des forces, la chlorose et des névroses, complications qui, pour la plupart, furent comme coupées par la vagino-fixation.

Je suis avec Richelot partisan du massage dans certains cas, et je porte plus haut que lui le traitement par les pessaires que j'applique, en général, tout d'abord dans les cas de rétroversio-flexion qui se présentent à mon traitement dans l'année au moins qui suit l'accouchement. D'après mon expérience, le plus grand nombre de ces cas peuvent être définitivement guéris par un traitement par les pessaires poursuivi de 3 à 6 mois. Avec Richelot, je me prononce contre l'opération d'Alexander et les opérations semblables.

Non seulement dans le travail de Richelot, mais aussi dans les traités français récents de gynécologie, il n'est fait mention que de ces méthodes de vagino-fixation qu'à la vérité j'ai d'abord indiquées, mais que j'ai abandonnées déjà depuis plusieurs années.

J'espère avoir dans ce qui précède démontré que la méthode que j'emploie depuis bientôt 4 années est exempte des défauts qui ont conduit à une proscription presque générale de la vagino-fixation. Et je serais heureux si mes confrères français voulaient par leur propre contrôle se rendre compte de l'exactitude de cette opinion.

ANOMALIES
DES ORGANES GÉNITAUX

Par le Dr **P. Delagénière** (de Tours).
Ancien interne des hôpitaux,
Ancien aide d'anatomie à la Faculté,
Professeur suppléant à l'École de Médecine.

Vers la fin du mois de juillet dernier se présente à ma consultation, une dame R..., âgée de 27 ans.

Cette femme, d'apparence robuste, grande et maigre, vient pour des douleurs de ventre assez violentes depuis 2 ans. Bien que n'ayant jamais été réglée, cependant chaque mois ses douleurs s'accentuent pendant 4 à 5 jours pour reprendre une intensité normale au bout de ce temps.

Ces pseudo-phénomènes menstruels s'accompagnent de crises intestinales parfois très violentes et l'obligeant à s'aliter.

En procédant à son examen, nous trouvons tout d'abord le ventre un peu excavé, les hanches saillantes, et enfin deux pointes de hernie inguinale, très nette surtout à droite, et dont la réduction est douloureuse. La malade du reste n'a jamais pu porter de bandage.

Le bas-ventre est sensible, sans présenter de région plus particulièrement douloureuse cependant. En pratiquant le toucher vaginal, le doigt est arrêté au bout de 5 centimètres par un cul-de-sac infranchissable, très facilement dépressible cependant. Malgré tous nos efforts, il nous est impossible de sentir quoi que ce soit pouvant nous rappeler l'utérus.

Le toucher rectal ne donne pas de meilleur succès.

En raison des résultats négatifs donnés par le toucher, nous sommes amené à admettre une imperforation du vagin, peut-être compliquée d'absence partielle ou totale d'utérus et des trompes, et nous conseillons une intervention dans le but d'établir si possible une continuité

entre les parties supérieures et inférieures de l'arbre génital. Nous proposons à la malade, qui l'accepte, la voie abdominale. Nous adoptons cette voie pour les raisons suivantes.

Il nous est impossible de déterminer les lésions que nous allons rencontrer. Par la laparotomie, nous pourrons faire, une fois le ventre ouvert, telle opération que nous jugerons convenable : si nous trouvons un utérus avec un moignon vaginal, nous aurons beaucoup plus de place pour faire l'avivement et réunir au cul-de-sac inférieur fendu et avivé. Si l'on ne trouve que des ovaires, avec un utérus atrophié, il sera facile de les enlever, tandis qu'en passant par la voie vaginale, nous étions condamné à manœuvrer à l'étroit, peut-être à l'aveugle.

L'opération est faite le 5 août 1897, avec l'aide du Dr PARISOT. La malade est placée sur le plan incliné. Une fois le ventre ouvert, les intestins sont refoulés vers le diaphragme et soigneusement isolés du petit bassin. En explorant celui-ci, nous ne trouvons pas trace d'utérus ni d'annexes. Il n'existe pas de ligaments larges : bref, le pelvis présente l'aspect qu'il revêt chez l'homme. La vessie est directement accolée au rectum ; le cul-de-sac vaginal ne fait aucune saillie vers l'abdomen et se perd dans la paroi recto-vésicale, à une certain distance du cul-de-sac péritonéal.

Un peu étonné, nous explorons les fosses iliaques et nous trouvons les ovaires (?) près des deux anneaux inguinaux, empiétant un peu sur le canal inguinal par un pédicule étalé, mais situé en réalité dans l'abdomen. C'est à la présence de ces organes que sont dues les deux pointes de hernie que porte la malade et cette situation anormale explique la douleur que la réduction de ces hernies provoquait. Ces organes présentent l'aspect caractéristique de testicules atrophiés, tels qu'on les trouve dans une ectopie inguinale chez un enfant de 14 à 15 ans. Nous essayons de les enlever, mais le pédicule étalé qui les unit au péritoine est court et difficile à attirer, et l'ablation en serait à peu près impossible.

En raison de cette difficulté, nous n'hésitons pas à faire sur chaque canal inguinal une petite incision de 3 à 4 centimètres portant directement sur le testicule. Une fois le péritoine ouvert, la glande sort d'elle-même, et l'ablation en est des plus simples. Nous profitons de cette double incision non prévue, pour fermer soigneusement les deux canaux inguinaux et faire ainsi une double cure radicale extrêmement facile. Ceci fait, nous terminons l'opération par la suture de l'incision médiane faite au début de l'intervention.

L'opération a duré environ une heure. Les suites furent très simples, et la malade sortit au bout de 20 jours, complètement guérie

Revue dans le courant de décembre, sa santé est absolument parfaite. Elle n'éprouve pas, et pour cause, les chaleurs qui suivent la castration ovarienne double, et la cure radicale des deux hernies s'est maintenue sans menace de récidive.

Nous profitons de sa venue pour l'examiner complètement au point de vue physique.

Le squelette de la figure est assez accentué ; le maxillaire inférieur est saillant, mais il n'y a pas trace de barbe. Les cheveux sont assez courts pour une femme, mais ne présentent pas une brièveté extraordinaire.

La cage thoracique est large, bien développée, comme chez un homme.

Les seins, comme apparence, se rapprochent de ceux d'une fille avant la puberté.

La taille n'est pas dessinée ; les hanches sont élevées et étroites, les fesses aplaties.

L'appareil musculaire est bien dévoloppé, et offre des saillies assez accentuées.

Enfin, le pubis est recouvert de rares poils, à peine développés, ayant au plus 1 ou 2 centimètres de long. Cet aspect nous avait déjà frappé lors de notre premier examen.

La vulve offre un aspect absolument normal. Il n'y a pas de développement exagéré du clitoris. L'urèthre, les grandes et petites lèvres sont régulièrement conformés.

La démarche est masculine ; cependant, dans la vie ordinaire, la malade a les goûts et les occupations d'une femme. En raison de la bizarrerie du cas, nous avons envoyé les deux testicules à notre ami, M. le Dr Pilliet, et voici les résultats de son examen.

« *Examen histologique de deux testicules.* — Les deux testicules allongés, pourvus de leur épididyme aminci mais reconnaissable, sont entourés d'une coque fibreuse, épaississement de l'albuginée qui atteint 7 à 8 millimètres d'épaisseur au niveau des extrémités. Les lésions sont les mêmes dans les deux organes.

1° Épididyme. — Il est parfaitement distinct, son épithélium est en place, mais ses tubes sont très courts et remplis de cellules desquamées, englobées dans du mucus sans traces de spermatozoïdes Tout le tissu qui engaine les tubes est fibroïde, dense et serré, les vaisseaux sont épaissis.

2° **Testicule au milieu.** — Le réseau de Haller est normal ; les canaux sont seulement beaucoup moins nombreux que de coutume. Les tubes séminifères sont distincts, petits, très flexueux ; leur albu-

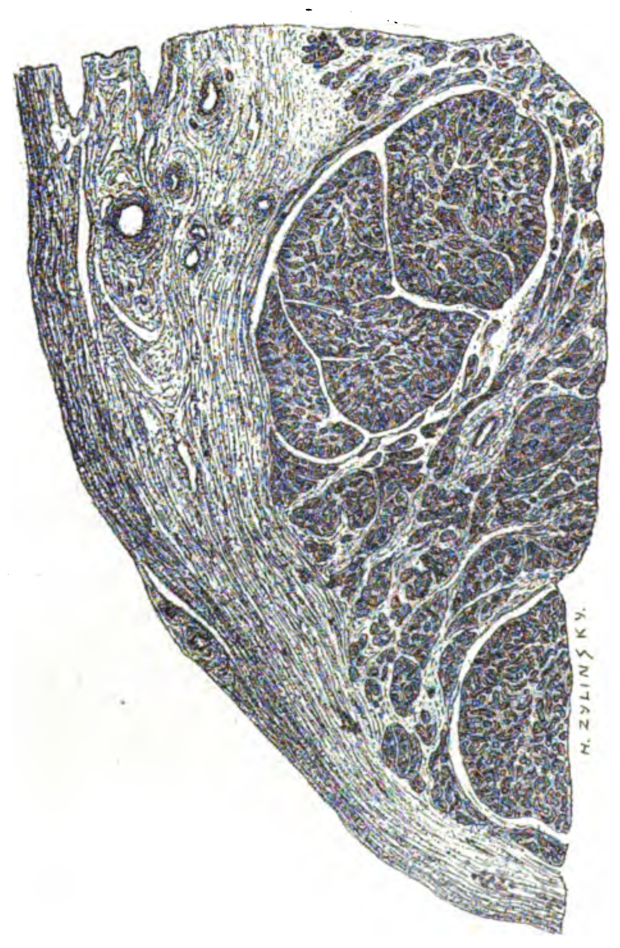


Fig. 1. — Lobules adénomateux.

ginée est extrêmement épaisse, et quelques-uns sont tout à fait atrophiés, par suite de cet épaississement. Il n'existe pas de formation de spermatozoïdes dans leur intérieur.

Chaque peloton de tubes est noyé dans du tissu fibreux assez dense, et les culs-de-sac des tubes sont entourés de ces éléments spéciaux volumineux, nommés *cellules interstitielles du testicule*. Ils sont en nombre considérable et coiffent les culs-de-sac.

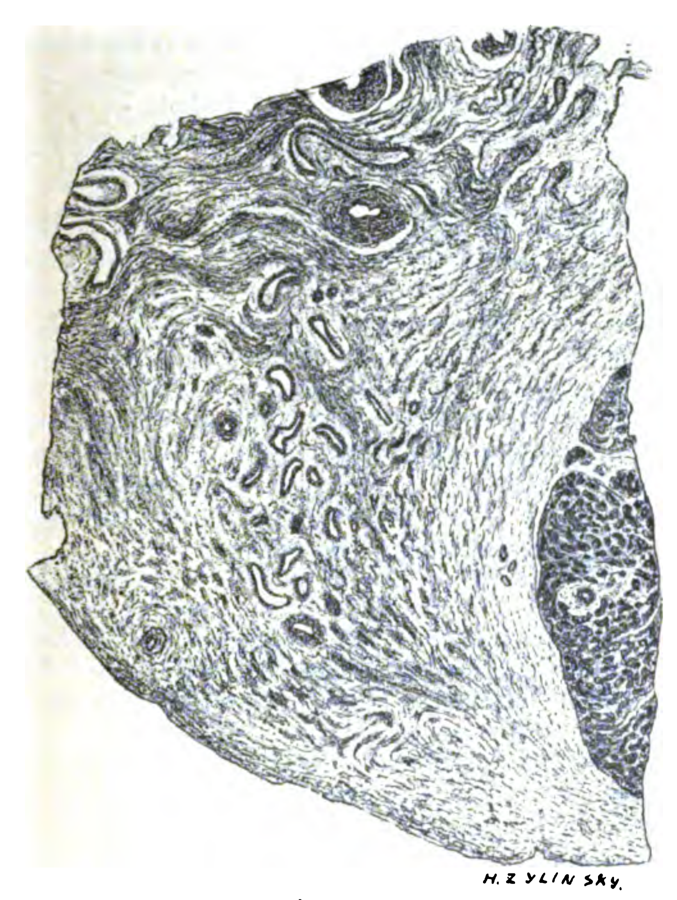


Fig. 2. — Épididyme et vaginale.

3° Testicules aux extrémités. — L'aspect est le même, mais au-dessous des tubes séminifères on rencontre l'albuginée fibreuse avec épaississement de tous les vaisseaux.

4° Nodules du testicule. — Tous ces nodules blancs, du volume

d'un grain de mil à celui d'une tête de grosse épingle, sont constitués par une évolution curieuse et très rare, *l'adénome du testicule*. Chacun d'eux, en effet, est formé de tubes séminifères petits, étroits et flexueux sans formation de spermatozoïdes ; au contraire, les cellules des nodules les plus étendus se nécrosent sur place.

En résumé, il s'agit de deux testicules en ectopie en voie d'atrophie, avec évolution adénomateuse d'une partie de chaque glande, ce qui est un phénomène extrêmement rare dans le testicule. »

On peut au reste suivre les détails de la description histologique donnée ci-dessus par M. Pilliet sur ces deux planches que nous avons cru de voir faire dessiner d'après nature.

La première planche montre sur une coupe du testicule les lobules adénomateux à petits tubes serrés, entourés de tubes séminifères ordinaires.

La deuxième est dessinée d'après une coupe de l'épididyme. On voit une portion du testicule adénomateux et l'épididyme grêle, sclérosé, avec une vaginale fibreuse, très épaissie.

La présence du testicule chez notre malade nous permet donc de conclure que nous avions affaire à un individu mâle chez lequel la descente du testicule a été arrêtée, comme cela s'observe assez fréquemment chez les jeunes garçons atteints d'ectopie inguinale ou autre. Les caractères féminins ne sont qu'apparents.

En effet, la constitution anatomique générale se rapproche plus de celle de l'homme que de celle d'une femme. Notre malade ne rappelle la femme que par la conformation des organes génitaux externes. Ses cheveux ne sont guère plus longs que ceux d'un homme qui ne les aurait pas coupés ; enfin les troubles périodiques qu'elle accusait, semblent avoir été simplement nerveux.

Habillée en femme et vivant en femme,elle s'était persuadée qu'elle devait avoir des phénomènes menstruels comme les autres.Ce qui, pour nous, semble bien prouver cette origine nerveuse, c'est qu'elle n'a eu aucun des troubles qui suivent la castration double chez une femme de son âge, parce que ces troubles, elle n'en soupçonnait pas l'existence.

Enfin l'atrophie remarquable du système pileux de la face et du pubis, tient peut-être à l'arrêt de la migration des testicules.

En parcourant la littérature médicale, nous avons relevé six cas d'anomalie des organes génitaux dus à Fehling, Dacorogna, Kury, Arrigo et Fiorani, Churchill et Abel (Rudolf).

La malade de Fehling présentait une verge (?) longue de 5 centimètres avec un vagin et un utérus peu développé. Elle était réglée.

La lèvre gauche était normale, la droite renfermait un corps arrondi dont la nature n'a pas été déterminée.

En somme, il s'agit d'une femme avec conformation irrégulière des organes génitaux.

La malade de Dacorogna n'avait de masculin que la barbe et la conformation du squelette. Il y avait anomalie de ses organes génitaux de femme en ce sens qu'il existait un cloaque uréthro-vaginal. Il en est de même pour le cas de Kury où il existait en outre un gland de 4 centimètres et demi.

Le cas d'Arrigo et Fiorani est plus complexe et c'est la seule observation où nous ayons relevé l'existence des organes génitaux essentiels appartenant aux 2 sexes. Il y avait en effet un pénis avec méat figuré à la face inférieure de la verge ; pas de vulve proprement dite, mais deux bourrelets ressemblant à des grandes lèvres et renfermant chacun un testicule atrophié.

En outre, dans le pelvis, on trouva 2 trompes, 2 ovaires et un utérus.

Par suite, le sujet pourrait à la rigueur être considéré comme un hermaphrodite.

Les cas de Churchill et d'Abel sont analogues au nôtre. Le malade de Churchill avait une vulve de femme, mais les testicules étaient descendus dans le scrotum entre 14 et 15 ans. Chez celui d'Abel, on avait trouvé un testicule sarcomateux que l'on pouvait refouler dans le canal inguinal gauche alors que l'on avait opéré le malade, pris pour une femme dont il avait les organes génitaux externes, pour un hématomètre.

En résumé, le cas que nous venons de relater n'est pas unique dans la science ; il semble même relever d'une malformation spéciale caractérisée par la coexistence des organes génitaux externes de la femme avec des testicules en différents points de leur migration et situés, d'après les cas, soit en ectopie inguino-abdominale (Abel, notre cas), soit dans le scrotum où ils ne sont descendus que tardivement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE ST-PÉTERSBOURG (1)

N.-S. CANNEGISSER présente un certain nombre d'**utérus fibromyomateux**, dont un gravide de trois mois ; la grossesse avait été diagnostiquée et la laparotomie faite dans le but d'énucléer un fibrome enclavé dans le petit bassin ; mais, l'utérus tout entier ayant été trouvé dégénéré, l'hystérectomie a dû être faite totale.

A.-A. DRANITZIN expose le **traitement de deux inversions anciennes de l'utérus** dans le service du professeur Ott. Dans le premier cas la réduction a été pratiquée sous chloroforme par la méthode non sanglante, en une seule séance. Le col de l'utérus fut solidement fixé à l'aide de 8 fils placés à égale distance les uns des autres et dont on se servit pour amener la dilatation de l'orifice cervical, la réduction se fit sans difficulté. L'inversion était d'origine puerpérale et datait de cinq ans. Dans le second cas l'inversion durait depuis huit ans et fut traitée par la méthode de Kustner modifiée : fixation du col à l'aide de cinq fils, ouverture du cul-de-sac de Douglas, incision de l'entonnoir, du col et du corps de l'utérus sur la face postérieure, renversement de l'organe qui reprend sa position normale et suture par la face séreuse, ne pénétrant pas jusqu'à la muqueuse ; le cul-de-sac postérieur est laissé ouvert et le vagin tamponné ; les deux opérées guérirent.

V.-A. VASTENA opère deux **prolapsus de l'utérus** en inversion par l'hystérectomie, la paroi utérine étant gangrenée,

Il rapporte aussi l'observation d'un cas de *rupture de l'utérus* pendant le travail, laparotomie, suture de l'utérus, guérison.

V. G. BECKMANN. — Chez une femme de 41 ans on enlève par morcellement un utérus diagnostiqué fibromyomateux, ainsi qu'un kyste de l'ovaire. A l'examen des pièces il se trouve que l'utérus est envahi de plus par des **adénocarcinomes** ; le kyste de l'ovaire présente la même dégénérescence. L'auteur pense que le cancer de l'utérus a secondairement envahi l'ovaire.

(1) *Wratch*, 1898, p. 541 et 1119.

Si le diagnostic de cancer avait été fait, il n'aurait pas fallu morceler la tumeur de crainte de réinoculation et c'est à la laparotomie qu'il aurait fallu recourir.

V. V. STROGANOFF considère l'inoculabilité et la contagiosité du cancer comme démontrés.

N. I. STRAVINSKY doute de l'accroissement réel du nombre des cancéreux ; il croit qu'il n'y a qu'une question de statistiques mieux faites.

D. O. OTT est très sceptique quant à la contagiosité du cancer que l'on craint tant actuellement. Il ne pense pas que l'utérus cancéreux puisse infecter l'ovaire par les voies lymphatiques puisque les systèmes lymphatiques de ces organes sont distincts.

V. V. STROGANOFF lit un travail sur la **pathogénie de l'éclampsie** et conclut à la nature infectieuse et contagieuse de cet accident puerpéral en se basant sur 82 cas observés dans l'espace de 4 ans dans le service d'accouchement, dont 33 venus du dehors et 49 intérieurs.

Ses conclusions sont combattues par tous ceux qui prennent part à la discussion. M. N. W.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF (1)

N. E. SKATRATOFF. **Un cas de rupture utérine pendant le travail ; laparotomie, guérison.** — Femme de 36 ans, neuvième accouchement ; le travail avait duré depuis 36 heures, lorsque les eaux s'écoulèrent suivies de la procidence du cordon et d'une main ; c'est dans cet état que S. trouva la parturiente soignée par une bonne femme qui lui avait administré de l'ergot de seigle. Pendant qu'il allait quérir quelques instruments il se produisit une rupture utérine, mais la malade ne consentit à l'opération que le lendemain, quatorze heures après la rupture. Le corps de l'utérus se trouvait presque détaché du col par suite d'une large rupture antérieure, le fœtus entièrement dans la cavité abdominale, le placenta dans le corps de l'utérus. Après avoir enlevé le fœtus et le placenta, on recousit l'utérus (incomplètement) puis le péritoine utérin décollé et la paroi abdominale ; le tout avait duré 50 minutes ; la période post-opératoire fut compliquée par une pleurésie hémorrhagique, ponctionnée au huitième jour ; la guérison fut rapide après cela et le rétablissement complet. M. N. W.

(1) *Wratch*, p. 1355.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES

La protoxyde d'azote dans l'accouchement (1), par C. J. KHALAFOFF.

L'anesthésie par le protoxyde d'azote mélangé de 20 p. 100 d'oxygène a été employée par l'auteur dans 18 cas avec d'excellents résultats. Le mélange se trouve dans des bouteilles en acier sous une pression de 5 atmosphères ; on en laisse échapper graduellement dans un ballon en caoutchouc muni d'une embouchure pour la parturiente. L'analgésie est obtenue au bout de peu d'inspirations qu'il faut renouveler avant chaque nouvelle douleur. L'auteur n'a observé aucun accident dû à ce mode d'analgésie et les parturientes s'en trouvaient fort heureuses ; la durée de l'accouchement a été réduite de beaucoup par rapport à la durée d'accouchements précédents chez les mêmes femmes.

M. N. W.

La périnéorrhaphie immédiate secondaire (2), par le professeur S. S. KHOLMOGOROFF.

Les périnéorrhaphies ont été pratiquées chez des femmes en couches entre le 2e et le 20e jour dans 25 cas de déchirures récentes et dans 6 cas de déchirures anciennes du périnée et du vagin ; il y eut dans tous ces cas réunion par première intention et 7 des opérées seulement eurent une légère fièvre pendant les premiers jours. La veille de l'opération le vagin et le périnée sont lavés à plusieurs reprises avec une solution de sublimé, et le vagin est tamponné de façon à éviter le contact des lochies avec la déchirure ; immédiatement avant la suture le pansement est renouvelé et laissé en place vingt-quatre heures, après quoi on se borne à des lavages. L'avivement est fait à l'aide d'une curette dans les déchirures fraîches, au bistouri dans celles qui datent d'un accouchement antérieur. Les conclusions sont qu'il n'y a aucune raison d'attendre la fin de la période puerpérale pour suturer une déchirure qui n'a pas été réparée immédiatement ; si la réunion ne s'est pas faite après la suture immédiate, il faut refaire la péri-

(1) *Wratch*, 1898, p. 1127.
(2) *Wratch*, 1898, p. 551.

néorrhaphie aussitôt; la périnéorrhaphie secondaire précoce ne présente point de dangers d'infection et la réunion se fait parfaitement bien entre le 2e et le 20e jour, contrairement à une opinion encore très répandue. M. N. W.

Blessures des voies urinaires au cours de la laparotomie (1), par M. N. Porochine, de la clinique du professeur Slaviansky.

Obs. 1. — Femme de 53 ans; laparotomie faite pour enlever une tumeur kystique de l'ovaire droit et un kyste intraligamenteux du même côté; c'est en enlevant ce dernier, très adhérent, que l'opérateur sectionna l'uretère droit; cet accident fut reconnu aussitôt après l'énucléation de la tumeur et les deux bouts du conduit furent suturés à l'aide de quatre points de soie fine, ne pénétrant pas jusqu'à la muqueuse; autour du point suturé on fit comme un manchon péritonéal et la plaie abdominale fut fermée sans drainage. Pendant cinq jours il y eut des mictions fréquentes et peu abondantes, avec quelques globules de sang et de pus. A partir du 12e jour tout était rentré dans l'ordre, le rein droit ni douloureux ni augmenté et l'opérée sortit le 20e jour.

Obs. 2. — Femme de 43 ans; laparotomie pour fibrome sous-péritonéal avec ascite énorme; on évacue d'abord 12 litres de liquide, puis on procède à la rupture des adhérences que la tumeur avait contractées avec la vessie; cette dernière était si friable que sa paroi se déchira, donnant lieu à une hémorrhagie en nappe des plus intenses, si bien qu'il fallut en toute hâte enlever la tumeur avec une portion de la paroi vésicale; l'hémorrhagie arrêtée, on sutura la vessie couche par couche et l'abdomen fut refermé sans drainage. Cathéter à demeure pendant quatre jours, puis résection normale. Guérison simple, l'opérée se lève le 17e jour. M. N. W.

79 opérations pour grossesses extra-utérines (2), par le professeur Chtraoukh.

Les 79 opérations ont été faites sur 76 malades, trois ayant subi une deuxième opération à l'occasion d'une deuxième grossesse extra-utérine. Sur ce chiffre d'opérées il n'y a pas un seul décès, quoique 19 femmes aient été traitées *in extremis*, sans pouls; dans un cas il y eut de l'infection purulente et la malade conserva de l'ankylose des genoux. L'âge de la

(1) *Wratch*, 1898, n° 19, p. 549.
(2) *Wratch*, 1898, v. 18, p. 519.

grossesse varie entre quelques semainés et 7 mois et demi ; dans ce dernier cas l'enfant vécut une demi-heure. On fit 63 laparotomies, 4 fois l'opération commencée par le vagin fut terminée par la voie abdominale ; 2 fois la trompe gravide de 2 mois fut enlevée intacte par la voie vaginale ; dans l'un de ces cas il fallut faire l'hystérectomie pour arrêter l'hémorrhagie ; enfin dix fois on ne fit que l'incision vaginale de l'hématocèle et dans l'un de ces cas un embryon fut éliminé avec les caillots. Six des opérées eurent ultérieurement dix enfants vivants.

L'opération est le seul mode de traitement rationnel de la grossesse extra-utérine quelle que soit sa phase ; quand l'anémie est extrême par suite de l'hémorrhagie, la femme mourante, il ne faut pas se servir d'excitants, ni d'injections de sérum, il faut opérer d'abord, le plus vite possible, sans chloroforme quand il y a syncope et ne stimuler la circulation que lorsque les vaisseaux sont liés ; on peut sauver ainsi des femmes qui paraissaient mortes. M. N. W.

Un cas de missed abortion (1), par le Dr J. K. Ivanoff.

Femme de 32 ans, enceinte pour la cinquième fois ; la dernière grossesse a débuté neuf mois avant l'expulsion d'un œuf entier, contenant un fœtus bien conservé, âgé de 4 mois. Il n'y avait eu, durant toute cette période de temps, aucune trace d'écoulement sanguin et l'expulsion se fit très simplement. Il est remarquable que sur certains points les villosités étaient encore normales, vasculaires, tandis que sur d'autres leur atrophie était complète, la muqueuse utérine déjà régénérée. M. N. W.

La pathogénie de l'éclampsie (2), par le professeur Stroganoff.

Cette communication termine une série d'articles dans lesquels le professeur Stroganoff établit la nature contagieuse de l'éclampsie, théorie énergiquement combattue par tous ses confrères russes.

Il se base principalement sur 118 cas autochtones observés à la clinique d'accouchements et dans deux autres établissements d'accouchements.

L'étude des statistiques montre que les accouchées présentent leur premier accès d'éclampsie de 4 à 18 heures après leur arrivée, que le même intervalle existe souvent entre un premier cas et un autre qui se produit à la clinique, que c'est encore dans ce même délai que l'en-

(1) *Wratch*, 1898, v. 15, p. 425.

(2) *Wratch*, 1898, p. 1485.

fant d'une éclamptique est pris d'éclampsie dans un certain nombre de cas; dans quelques cas, l'éclampsie ayant été contractée visiblement hors de la clinique, on a pu la rapprocher d'un autre cas extérieur. Le principe contagieux paraît persister durant trois semaines environ et il est probable que la transmission se fait par l'air, par les voies pulmonaires peut-être, car des recherches attentives permettent d'exclure à peu près sûrement la voie génitale. L'isolement rigoureux des éclamptiques et du personnel qui les soigne s'impose, car il n'est pas douteux que le nombre des cas hospitaliers ne dépasse énormément celui des cas extérieurs. La théorie de l'éclampsie streptococcique que le professeur Massen oppose aux idées de Stroganoff, la confirmerait plus tôt ; l'éclampsie des albuminuriques ne peut quelquefois être distinguée de l'éclampsie primitive qu'à l'autopsie, mais elle n'infirme en rien la nature contagieuse de cette dernière. Stroganoff ne doute pas qu'en étudiant la filiation des cas soigneusement et sans parti pris bien entendu, on n'arrive à la démonstration absolue de contagiosité de l'éclampsie M. N. W.

Traitement des métrites par le drainage capillaire (1), par GOUZARTCHIK.

G. frappé du résultat excellent qu'il a obtenu en traitant une métrite post-puerpérale par le drainage capillaire, a appliqué le même traitement dans 115 cas.

La malade est placée sur une table, les jambes sur les genoux de l'opérateur.

Cette position ne fatigue pas la malade et elle facilite le tamponnement, le canal cervical et la cavité utérine formant dans cette situation une ligne plus ou moins droite.

Injection vaginale au sublimé, spéculum de Collin ne demandant pas à être maintenu par un aide.

On fixe l'utérus en pinçant la lèvre antérieure, rarement les deux lèvres. On nettoie le canal cervical avec des tampons trempés dans du sublimé à 1 p. 200. Ensuite des tampons bien exprimés sont introduits dans la cavité utérine. Les premiers tampons retirés sont imprégnés de la sécrétion utérine, les suivants sont de plus en plus secs.

Quand la cavité utérine est devenue sèche, on introduit de nouveau un tampon trempé dans du sublimé à 1 p. 1000 et on l'y laisse

(1) *Journal d'accouchements et de gynécologie russe*, avril 1898.

quelque temps afin de désinfecter un peu la couche superficielle de la muqueuse utérine.

L'excès du sublimé est éloigné avec un tampon bien exprimé. On introduit dans l'utérus la gaze iodoformée trempée dans une solution d'acide phénique à 2 pour 100 et bien exprimée.

Cette gaze est introduite jusqu'au fond que l'on sent à travers la paroi abdominale et on cherche que la gaze soit partout en contact avec la muqueuse utérine. Il ne faut pas trop la tasser ni dans la cavité utérine, ni surtout dans le canal cervical.

Ensuite le vagin est tamponné et il est utile de le remplir avec une assez grande quantité de gaze.

Le tampon est retiré au bout de 12 à 24 heures et on répète le tamponnement jusqu'à ce que les phénomènes de l'endométrite disparaissent.

Sur 115 malades traitées par 588 tamponnements, ce qui fait 48 tamponnements pour chaque malade, 114 ont guéri, 1 est morte, de septicémie.

L'auteur choisissait autant que possible les endométrites pures sans complications du côté des annexes.

Après le premier drainage la températrure baissait et souvent le jour même ou le lendemain elle revenait à la normale.

Cependant dans quelques cas le tamponnement a été suivi de l'élévation de la température, oscillant entre 0,1 à 1,5 et, dans un cas même elle s'est élevée de 38°,5 à 41° et a donné lieu à une paramétrite qui a guéri au bout de 20 jours.

En moyenne, les malades sont restées à l'hôpital 14 jours en comptant depuis le jour de l'accouchement jusqu'à leur jour de sortie.

M. Rechtsamer.

Contribution à l'étude des sarcomes utérins (1), par le Dr Weber.

L'auteur ayant eu à observer une malade, âgée de 36 ans, atteinte de sarcome de l'utérus, profite de cette occasion pour en faire une étude anatomo-pathologique complète.

La malade est entrée à l'hôpital de Sainte-Marie-Magdelaine, se plaignant de fortes hémorrhagies. Elle a été réglée à 15 ans, toujours régulièrement, a eu 4 grossesses normales; mais après le dernier accou-

(1) *Journal d'obstétrique et de gynécologie russe*, Saint-Pétersbourg, juin 1898.

chement, fièvre et depuis règles abondantes d'une durée de six à sept jours, pertes blanches. Il y a quatre ans, augmentation des glandes lymphatiques de l'aisselle et de l'aine. Au mois de mai 1896, ménorrhagie abondante qui a duré jusqu'à son entrée à l'hôpital le 4 mars 1897. La malade a beaucoup maigri, anorexie, œdème des jambes.

Corps utérin un peu augmenté, en antéflexion, surface légèrement inégale. L'utérus peu mobile, surtout de haut en bas et de bas en haut.

Curettage le 7 mars.

On a pu retirer une assez grande quantité de tissu blanc mou et friable.

Ce tissu est formé de petites cellules fusiformes, ovales, mais surtout rondes, ayant le caractère de tissu conjonctif. Un noyau remplissait les cellules. Les cellules très serrées, à peine de tissu conjonctif. Pas de traces de glandes. Dans un endroit seulement on a pu trouver quelques fibres musculaires lisses. Diagnostic : sarcome.

Malgré le curettage, l'hémorrhagie ne s'arrêtant pas, on a procédé à l'hystérectomie vaginale. La malade a été revue un an après, pas de récidive.

Longueur de l'utérus, 10 centim. Col utérin et le tiers inférieur parait normal ; plus on monte, plus on trouve des masses grises blanchâtres, vers le fond de l'utérus ces masses se confondent. Elles sont situées dans l'épaisseur de la paroi utérine de manière que la face extérieure n'est presque pas modifiée, sauf au niveau du fond utérin. Quant à la muqueuse, elle est unie dans sa partie inférieure, tandis que dans sa partie supérieure elle présente des saillies en forme de crêtes. La néoformation n'a jamais atteint la tunique séreuse.

On a fait des coupes de manière à avoir toutes les couches de la paroi utérine.

1° La première couche de muqueuse dans la partie inférieure de l'utérus présente les lésions de l'endométrite chronique interstitielle. Au fur et à mesure que l'on s'approche du fond utérin, cette couche s'amincit de plus en plus, le nombre de glandes diminue, on rencontre en quantité de plus en plus grande des cellules rondes qui par leur forme, leur coloration et leur caractère se distinguent peu des leucocytes. Dans cette couche on peut observer la destruction progressive des glandes par l'envahissement des cellules sarcomateuses.

2° La seconde couche c'est la néoformation elle-même. La structure est très uniforme et se présente sous l'aspect d'un sarcome à petites

cellules rondes, très rapprochées ; chaque cellule renferme un noyau, remplissant entièrement la cellule, il se colore très vivement ; pas de cellules géantes, les vaisseaux en nombre très limité.

Troisième couche. Le passage progressif du sarcome dans la couche musculaire de l'utérus ; l'étude de cette couche montrera le lieu primitif du développement du sarcome. Pour mieux comprendre, l'auteur décrit la quatrième couche, la tunique séreuse et la couche musculaire extérieure qui sont normales. A mesure qu'on s'approche des parties centrales, les premières modifications se manifestent dans les capillaires. C'est ici que commence la prolifération des cellules du tissu conjonctif de l'adventice.

Elles ont une forme légèrement allongée, un gros noyau se colorant vivement et remplissant toute la cellule, ressemblant presque en tout aux cellules sarcomateuses. Au début l'endothélium est conservé, ensuite il se détache peu à peu et il disparait, la structure du vaisseau change, les cellules pénètrent irrégulièrement dans sa lumière ; la disposition en groupe de ces cellules au milieu du tissu musculaire utérin peu modifié et une petite lumière au milieu indiquent qu'un vaisseau a existé autrefois dans cet endroit. La prolifération augmente autour des vaisseaux, leur forme disparait et c'est ainsi qu'à la place des vaisseaux il se forme des portions constituées par des cellules rondes sarcomateuses. Ces cellules écartent les faisceaux des fibres musculaires et pénètrent progressivement entre les fibres elles-mêmes.

Cette prolifération des cellules n'est pas exclusive aux capillaires, on la voit encore autour des veines. dans l'adventice de ces vaisseaux. A côté de ces vaisseaux modifiés on en voit d'autres dont les parois sont intactes.

Les fibres musculaires lisses sont peu modifiées là où commence la prolifération autour des vaisseaux. Mais à mesure que le tissu musculaire approche le tissu sarcomateux, les fibres sont écartées par les cellules jeunes sarcomateuses et subissent des modifications caractéristiques. Les noyaux des fibres musculaires augmentent de volume, se colorent moins bien par l'hématoxyline, prennent une forme irrégulière. Près de la muqueuse les fibres sont à peine distinguées au milieu des cellules sarcomateuses.

A la périphérie du néoplasme, parmi les fibres musculaires encore peu modifiées, on rencontre des cellules géantes. Elles ont une forme ronde ou irrégulièrement allongée, sans capsule. Le protoplasma est homogène ou légèrement granuleux. Chaque cellule géante a plu-

sieurs noyaux, entre 6 et 20, qui se colorent faiblement par l'hématoxyline, ont pour la plupart une forme ovale. Les noyaux disposés à la périphérie de la cellule, laissent son centre libre. Leur nombre n'est pas grand ; au centre du néoplasme, ils n'existent pas ; à la limite du tissu musculaire on voit dans le champ du microscope de 4 à 6 cellules géantes. RECHTSAMER.

Rapport entre la péritonite aiguë généralisée et quelques affections de l'utérus et de ses annexes (1), par ROUBINSTEIN.

L'auteur rapporte 4 observations de péritonite généralisée dans lesquelles la cause n'a pas été établie, toutes les 4 femmes étaient atteintes de fibromes utérins en même temps que d'une affection des trompes. Les trompes n'étaient pas distendues et les malades n'ont subi aucun traumatisme qui aurait pu déterminer la chute du contenu des trompes dans la cavité abdominale.

Rétention du fœtus dans un utérus, rupture (2), par ABOULADZE.

Le Dr Abouladze rapporte l'observation d'un cas de rétention longue du fœtus dans un utérus ayant une rupture.

La malade, paysanne âgée de 25 ans, se portait toujours bien, ainsi que toute sa famille. Réglée à 18 ans, tous les 28 jours, la durée des règles est de 2 ou 3 jours, la quantité est moyenne, et elles s'accompagnent d'un peu de douleurs dans le bas-ventre. Mariée à 21 ans ; 2 grossesses.

La première s'est terminée par un accouchement très laborieux, enfant mort-né.

La deuxième grossesse ne présentait rien de particulier si ce n'est que le ventre était considérablement plus développé que dans la première grossesse.

Les douleurs ont commencé 15 jours avant le terme. 12 heures après, rupture de la poche et une grande quantité de sang rouge s'en est écoulée ; au dire de la malade, le fœtus est remonté dans le ventre et ses mouvements ont cessé pour toujours.

Le mari, voulant soulager la malade, la secouait plusieurs fois ; le 8e jour après le début du travail une sage-femme a été appelée et a fait le diagnostic de présentation de l'épaule.

La malade a commencé à avoir des frissons, de la fièvre et se plai-

---

(1) *Journal d'obstétrique et de gynécologie*, Saint-Pétersbourg, 1898.

(2) *Journal d'obstétrique et de gynécologie*, Saint-Pétersbourg, mai 1898.

gnait de douleurs dans le bas-ventre. Elle perdait en rouge, ces pertes ont pris bientôt le caractère purulent. A la fin de la 3e semaine, le placenta, d'après la malade, est sorti, le mari a fait la ligature à l'entrée du vagin. 8 jours après, le mari a enlevé du vagin des parties charnues du fœtus (d'après lui, le foie, le cœur et les poumons) ; vers la fin de la 4e semaine (après le début du travail) il s'est formé près de l'ombilic une fistule d'où sortait du pus. Il sortait aussi du vagin des petits os, il y en avait une dizaine environ.

La malade très amaigrie, taille 142 centim., poids 26 kil., 5, température 38°,5, pouls 122, respiration 28.

Bassin : D. sp. 20,5 ; D. cr. 24,5 ; D. tr. 27,5 ; C. ext. 20 ; C. diag. 10,0 ; C. v. 8,25.

L'abdomen asymétrique, la moitié gauche plus saillante, ligne blanche peu pigmentée. Le pourtour de l'ombilic œdémateux, une portion de cette région dans une étendue de 3,5 sur 2,0 gangrenée ; un peu à droite de la ligne blanche, fistule, d'où en pressant, l'on fait sortir un pus vert, ichoreux. La fistule laisse passer la sonde n° 2, on rencontre un os dénudé.

Dans la partie gauche du ventre on sent une tumeur non mobile, ovale, douloureuse au toucher, les limites supérieures se perdent dans la profondeur de la cavité abdominale, entre la tumeur et les côtes gauches 2 1/2 travers de doigt à gauche et 3 à droite, entre la tumeur et l'épine iliaque antéro-supérieure 2 travers de doigt et entre le pubis et la tumeur 3 travers de doigt.

En pressant la tumeur à droite, il sort du vagin du pus épais, avec odeur fécaloïde. Au toucher, cette tumeur donne la sensation d'un sac rempli d'os ; ces os sont légèrement mobiles. La tumeur donne presque partout le son tympanique.

Le col de l'utérus effacé, l'orifice laisse passer la pulpe du doigt, ses bords sont épais, on sent dans l'orifice un bout pointu d'un os. Les mouvements communiqués au col se transmettent à la tumeur.

Le petit os enlevé est la moitié d'une vertèbre ; écoulement vaginal, matières fécales.

Diagnostic : Bassin rétréci, rupture incomplète de l'utérus pendant le travail, fœtus en présentation probable de l'épaule. Rétention d'une partie du corps dans l'utérus et d'une autre en dehors de lui sous la paroi abdominale. Fistule stercorale.

Le fœtus a été extrait par la laparotomie par le professeur Rheine. La cavité abdominale, aussi bien le fond que la partie adhérente à la

paroi abdominale,est constituée indubitablement de tissu musculaire.

Fièvre continue. Dégagement par la plaie d'un contenu intestinal qui est de la bile pure.

Cachexie progresse. Mort. Autopsie.

Rupture de l'utérus dans le segment inférieur, juste au milieu de la paroi antérieure. La cause de la cachexie de la malade : fistules considérables entre les anses intestinales et le sac. Les anses intestinales sont intimement soudées entre elles et à la paroi abdominale antérieure au niveau de la fistule.

La cavité du col utérin est agrandie. Dans sa partie supérieure deux sorties : une dans la cavité utérine, bien contractée ; l'autre dans la cavité communiquant avec la fistule située dans la paroi abdominale antérieure (et où se trouvait le fœtus). Cette dernière cavité est formée en arrière par la face antérieure de l'utérus, en avant par le péritoine recouvrant l'utérus et par la paroi abdominale, en bas par le col utérin et en haut par la muqueuse des deux anses soudées de l'intestin grêle. Cette cavité est remplie par des masses fécalo-suppurées. Les autres organes ne présentent rien de particulier. M. Rechtsamer.

Traitement des fistules vésico-utérines par la séparation de la vessie et du col utérin,et la supériorité de ce procédé sur les autres pratiqués par la voie vaginale (1), par le Dr Dranitzine.

Le principe du traitement rationnel des fistules vésico-utérines par la voie vaginale a été posé par M. Joubert en 1849.

Il a eu l'idée d'arriver à la fistule par le col utérin en l'incisant, et après avoir fait l'avivement des bords de la fistule, il a appliqué les sutures communes au col et à la vessie.

Le succès a été complet, mais ce procédé n'était pas applicable à tous les cas et il présentait plusieurs inconvénients : la difficulté de l'antisepsie de la région et l'impossibilité de voir tout le champ opératoire.

Pour obvier en partie à ces inconvénients, Follet fit une incision transversale au niveau de l'insertion de la vessie sur le col, disséqua les deux lambeaux et divisa de cette façon le trajet fistuleux en deux parties : fistule vésico-vaginale dans la partie supérieure et fistule utéro-vaginale plus bas.

Sans avivement, il ne forma que la première fistule avec des fils qu'il enleva le 12e jour. La plaie vaginale ce cicatrisa au bout d'un

(1) *Journal d'obstétrique et de gynécologie*, Saint-Pétersbourg, septembre 1898.

mois. Pour séparer la vessie et l'utérus, il introduisit le doigt dans l'urèthre après l'avoir dilaté.

Le procédé opératoire a subi bien des modifications et actuellement c'est le procédé de Schampneys qui est le plus employé et qu'on devrait appeler le procédé de Follet Schampneys.

Schampneys introduit une sonde dans la vessie, fait une incision transversale de 3 à 4 centim. au niveau de l'insertion du cul-de-sac sur le col ; le sépare à travers le tissu cellulaire de la vessie, en dépassant les limites supérieures de la fistule.

Sans avivement, il ferme l'orifice vésical sans pénétrer dans la muqueuse par des fils d'argent, ainsi que l'orifice du col utérin. Il remet la vessie à sa place et suture la face antérieure du col également avec des fils d'argent qu'il enlève au bout de quelques jours.

Une sonde à demeure est laissée dans la vessie et le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

De D[r] Dranitzine cite deux cas de fistule vésico-utérine opérés avec succès par le professeur Ott.

Ils présentent peu de particularités. Dans le premier cas, la fistule a dû avoir lieu à la suite d'une déchirure, et dans le second à la suite d'un processus gangréneux. La première femme a continué à être régulièrement réglée malgré la fistule.

Le professeur Ott a suivi le procédé de Schampneys, mais il préfère faire l'avivement des bords de la fistule aussi bien du côté de la vessie que du côté du col. Les fils qu'il emploie sont en soie fine et les sutures perdues.

Afin de prévenir la cystite, qui est assez fréquente à la suite de l'opération de la fistule, l'auteur conseille les lavages de la vessie à l'eau boriquée à 2 p. 100, longtemps avant l'opération. M. RECHTSAMER.

BIBLIOGRAPHIE

L'appendicite dans ses rapports avec l'obstétrique et la gynécologie (Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie), par E. FRAENKEL. *Sammlung klinisch. Vorträge*, Breitkopf und Härtel, éditeurs, Leipzig, 1898.

Pour Fraenkel la grossesse ne joue aucun rôle pathogéniqu edans

l'appendicite ; on a dit que l'appendicite avait une influence néfaste sur la grossesse, c'est une opinion exagérée. S'il est vrai que souvent il y a accouchement prématuré ou avortement, cela dépend surtout de la gravité de l'appendicite en cause. Des adhérences étendues de l'appendice avec les organes génitaux n'ont qu'un rôle très restreint au point de vue des contractions utérines, elles peuvent cependant gêner l'involution utérine après l'accouchement.

Dans les suites de couches, l'utérus en revenant sur lui-même peut tirailler des adhérences, amener l'ouverture d'un abcès appendiculaire et être ainsi le point de départ d'une péritonite diffuse. Le voisinage d'un appendice enflammé peut donner lieu à une infection puerpérale secondaire, due surtout au colibacille.

Enfin l'appendicite peut donner lieu à de la périmétrite, peut-être par l'intermédiaire des vaisseaux situés dans le ligament appendiculo-ovarien.

Le pronostic de l'appendicite dans la grossesse n'est pas très bon pour la mère, mais encore plus mauvais pour l'enfant.

Le diagnostic de l'appendicite chez une femme enceinte est rendu difficile par le météorisme, par la tension et la sensibilité de l'abdomen. On le fera plus sûrement sous le chloroforme. A défaut d'anesthésie on pourrait examiner la malade dans la position élevée du bassin, dans le décubitus latéral gauche.

Si l'on est à la première attaque d'appendicite avec symptômes bénins, faire le traitement médical (repos, glace, opium); en cas de récidive, opérer même quand la récidive s'annonce avec des apparences bénignes.

Les troubles de l'appareil digestif envisagés comme cause ou conséquence d'autres maladies (Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen), par HANS HERZ. Karger, éditeur, Berlin, 1898.

Nous signalerons l'apparition de ce volume bien qu'il soit surtout du ressort du médecin général, parce qu'il contient un certain nombre de chapitres pouvant intéresser l'accoucheur et le gynécologue. Nous signalerons en particulier les études de l'auteur sur l'ictère des nouveau-nés, sur les rapports qui unissent l'appareil de la femme et l'appareil digestif par voie sanguine ou nerveuse, sur les affections génitales et leurs rapports anatomiques avec l'appareil digestif (adhérences, lésions tuberculeuses, etc.).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Adolf. *Die Gefahren der künstlich. Sterilität, besonders in ihrer Beziehung zum Nervensystem.* Leipzig, Krüger. — **Arcoleo.** Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della tuberculosi della mammella. *Archivio italianio di Gin.*, 1898, n° 4, p. 368. — **Austerlitz** u. **Landsteiner.** *Ueber die Bakteriendichtigkeit der Bauchwand.* Wien. — **Bacon** (**J.**). Gonorrhœa in the female; rectal complications. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 5, p. 398. — **Deshayes.** Les anomalies en gynécologie. *Tribune médicale*, 1898, n° 40, p. 786. — **Credé** (**R.**). Die Prophylaxe der Sepsis bei Laparotomien und bei Eingriffen am Uterus. *Monatss. f. Geburts. und Gynæk.*, décembre 1898, p. 583. — **Engstrom** (**O.**). *Mittheilungen aus der Gynæk. Klinik des Prof. E.*, etc. Berlin, Karger. — **Gattel.** *Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie u. Angstneurose.* Berlin, Hirschwald. — **Hyde.** The exanthemata as a factor in producing pelvic disorders. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 648. — **Jacobs.** Un cas de thrombose de l'artère utérine. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898-99, n° 6, p. 107. — **Kahlden.** *Technik der hist. Untersuchung. Path. Anat. Präparate*, Iéna, 1898. — **Keiffer.** Sclérose des ligaments larges, de l'utérus et de la vessie. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'obst.*, 1898-99, n° 6, p. 112. — **Langhaus.** Ueber Enteroptose. *Monats f. Geb. und Gyn.*, novembre 1898, t. VIII, p. 535. — **Lefèvre.** Une forme commune de stérilité féminine et son traitement. *La Gynécologie*, décembre 1898, p. 507. — **Marchese.** Sulla trapiantazione delle ovaie. Contributo sperimentale. *Archivio italiano di Ginecol.*, 1898, n° 4, p. 340. — **Mooren.** *Gesichtsstorüngen u. Uterinleiden.* Wiesbaden, Bergmann. — **Moseley.** The use of thyroïd. *Medical News Philadelphia*, New-York, 17 septembre 1898, p. 353. — **Nagel.** *Die Gynækologie des praktischen Arztes.* Berlin, Fischer's med. Buch. — **Neugebauer.** Contribution à l'étude des corps étrangers de l'utérus. *Rev. de chirurgie et de gynécol. abdominales*, 1898, n° 6, p. 982. — **Noble.** Shall absorbable or non absorbable ligatures and sutures be employed in hysterectomy and salpingo-oophorotomy. *Med. News*, octobre 1898, p. 481. — **Odebrecht.** Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik. *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus d. Gebiete der Frauenkeilk. u. Geb.* Halle, Marhold. — **Pick.** Die Adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewolbes, ihre Stellung zu den paroophoralen der Uterus und Tubenwandung u. Recklinghausen's. Adenomyomen. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. L. VII, Hft. II, p. 461. — **Rose.** Operative Sterilisirung der Frau. *Centralb. f. Gynæk.*, novembre 1898, n° 45, p. 1225. — **Rufus.** Albuminurie Complicating Gynecological operations. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 678. — **Savary Pearce.** Neurasthenia, its co-relation to the physiology and pathology of the female generative organs. *The Philadelphia Polycl.*,

1898, n° 38, p. 447. — **Segur**. Some remediable forms of sterility. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 4, p. 319. — **Thiercelin**. *Contribution à l'étude de l'opothérapie ovarienne*. Thèse Paris, 1898-99. — **Thomson**. Zur Frage der Tubenmenstruation. *Centralb. f. Gynæk.*, novembre 1898, n° 45, p. 1227. — **Walte Heape**. On menstruation and ovulation in monkeys and in the human female. *British med. J.*, décembre 1898, p. 1868. — **Wendeler**. Zur senilen Atrophie der Eileiter. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 51, p. 1386. — **Winckel**. *Die Bedeutung der Eierstocke f. die Enstehung des Geschlechts*, Munchen, Seitz et Schauer.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Dalché**. Quelques usages de l'acide lactique en gynécologie. *Tribune méd.*, décembre 1898, p. 992. — **Damas**. Nouvelle pince porte-aiguille à usages multiples. *La Semaine gynécologique*, Paris, 29 novembre 1898, p. 381. — **Ford**. The value of Electricity in Gynecology. *Med. News*, octobre 1898, p. 426. — **Mc Cardie**. On the administration of a certain mixture of chloroform and ether in gynecological operations by means of Clover's inhaler without the bag. *The Lancet*, décembre 1898, p. 16. 21 — **Mangin**. Etude sur l'emploi des courants de haute fréquence en gynécologie. *La Gynécologie*, 1898, n° 5, p. 385. — **Petit (P.)**. Emploi de la solution de chlorure de chaux en gynécologie. *Sem. gynécologique*, novembre 1898, p. 361.

VULVE ET VAGIN. — **Abbe (R.)**. New method of creating a vagina in a case of congenital absence. *Med. Record*, décembre 1898, p. 835. — **Caruso**. Sopra un caso molto raro di cisti da echinococco dei genitali esterni muliebra. *Arch. di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 10, p. 642. — **Cullinan (N.)**. Notes on a case of persistence of hymen ; non rupture. *Lancet*, 1898, II, 1261. — **Hamonic**. Des kystes de la vulve et du vagin. *Revue clin. d'androl. et de gyn.*, octobre 1898, p. 289, 353, 821. — **Keiffer**. Stricture annulaire du vagin. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898-99, n° 6, p. 109. — **Kelley (Th.)**. Vaginismus. *Am. J. Obst.*, octobre 1898, p. 529. — **Langfitt**. Vaginal section. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 723. — **Madlener**. Zur Technik der Entfernung von Scheidenpessarien. *Cent. f. Gyn*, 1898, n° 40, p. 1081. — **Malcolm Storer**. Fibroma of the Vulva. *The Boston med. a surg. J.*, décembre 1898, p. 506. — **Martin (A.)**. Ueber Exstirpatio vaginæ. *Berlin klinische Wochensch.*, 1898, n° 40, p. 877, 910.— **Maude (A.)**. A case of pseudo-hermaphrodisme. *The British gyn. J.*, novembre 1898, p. 429. — **Miles Taylor**. Vaginal section with report of cases. *Pacific med. J.*, décembre 1898, p. 705. — **Pretti**. Contributo allo studo delle alterazioni istologiche della vagina. *Arch. di. Ost. e Ginec.*, 1898, n° 8, p. 483. — **Raimond**. Do lo Colpocela. *La Gynécologie*, octobre 1898, p. 427. — **Rivalta**. *Contribution à l'étude des malformations congénitales de l'hymen et du vagin*. Th. Paris, 1898-99, n° 49.—**Schulze-Vellinghausen**. Ein eigenthumlicher Fall von Pseudohermaphroditismus. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 51, p. 1377. — **Vignolo**. Sopra un caso di aneurisma arterioso-venoso vaginale. *Arch. ital. di. Ginec.* 1898, n° 5, p. 457. — **Vincenzo-Lauro**. Della craurosi vulvare. *La Ginecol. e l'ost. pratica*, 1898, n° 3, p. 41. — **Vittorio Uckmar**. Di un caso di mancaza completa della vagina e sua cura chirurgica. *La Clinica chirurgica*, 1898, n° 11, p. 536.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Bardescu.** Un nou procedeu de cisto-colpocœliorafie. *Rev. de chirurg.* Bucuersci, 1898, n° 9, p. 393. — **Burrage.** The immediate and remote results of seventy-one Alexander and seventy one suspensio-uteri operations. *Med., News*, octobre 1898, p. 457. — **Doléris.** Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond par inclusion pariétale. *La Gynécologie*, décembre 1898, p. 494. — **Duret (H.).** Nouvelle opér. conservatrice pour la cure de l'inversion utérine irréductible. *Semaine gynécologique*, octobre 1898, p. 313. — **Godart.** Déviations de l'utérus. leur traitement. *La Policlinique*, 1898, n° 20, p. 349. — **Goldspohn (A.).** The serviceability of the Alexander operation in aseptic adherent retroversions of the uterus, when combined with liberation of it and resection and suspension or removal of adnexa through the dilated internal inguinal ring. *Med. Rec.*, 1898. II, 509. — **Hayd (H.).** Some Points in the Technique of the Alexander operation. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 665. — **Haslewood.** Note on a case of Acute Inversion of the Uterus. *The Lancet*, décembre 1898, p. 1702. — **Lambret.** Les opérations plastiques sur le tissu utérin dans les flexions de l'organe. *Arch. provinc. de Chir.*, 1898, p. 223. — **Lapeyre.** De l'utilisation du ligament rond dans l'opération d'Alquié-Alexander et la cure radicale de la hernie inguinale. *Gazette méd. du Centre*, 1898, n° 10, p. 145. — **Mackenrodt.** *Weitere Erfahrungen m. der Operation der Retroflexio uteri.* Arbeiten aus der Privat. Frauenkl. v. Dr Machenrodt. Berlin, Karger. — **Oliver.** Sudden and complete inversion of the uterus and cervix after the menopausa ; very small fibroid nodule in the fundus ; gangrene ; operation, etc. *The Lancet*, 1898, octobre p. 1057. — **Pichevin.** A propos de la rétroversion utérine. *La Semaine gynécologique*, Paris, 29 novembre 1898, p. 377. — **Prontière.** *Contribution à l'étude de l'hystéroscopie.* Thèse, Paris, 1898-99, n° 69. — **Rumpf.** Beiträge z. operativen Behandlung der Retroflexio uteri mit besonderer Berucksichtigung der Alexander'schen Operation. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVII, Hft. II, p. 424. — **Schultze.** *Vier Wandtafeln z. Diagnose u. bimanuellen Reposition des retroflectirten Uterus.* Leipzig, Engelmann. — **Stone.** Emmet's operation for lacerated perineum and Relaxed vaginal outlet. *Am. J. Obst.*, octobre 1898, p. 524. — **Vinet.** *De la douleur dans les rétrodéviations utérines.* The Paris, 1898-99, n° 33. — **Westermark.** Ueber die Prolapsoperationen und ihre Ergebnisse in Schweden. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 35, p. 945.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS. — **Alessandro.** Sulla dilatazione delle stenosi uterine. *La ginec. e l'ost. pratica*, 1898, n° 1, p. 7. — **Bastian.** Deux cas de bifidité de l'utérus et du vagin, avec métrite chronique. *Rev. de la Suisse romande*, 1898, n° 10, p. 521. — **Dührssen.** Ueber excisio vaginalis mucosæ uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 50, p. 1353. — **Dührssen (A.).** Ueber die Beseitigung von Gebärmutterblutungen durch die locale Anwendung der Dampfer. *Berl. klin. Woch.*, 1898, p. 795. — **Dunn.** Insufficient menstruation. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 715. — **Fullerton.** Gonorrhea of the uterus and its appendages. *The Philadelphia Polyclinic*, octobre 1898, p. 473. **Fred. Edge.** A case of uterus septus bilocularis and vagina semi-septa. *The British med. J.*, novembre 1898, p. 432. — **Keiffer.** Un cas d'adhérence cervico-vaginale post-partum. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898-1899, n° 6, p. 108. — **Mangin.** Action de la ligature des

artères utérines dans les hémorrhagies de l'utérus. *La Gynécologie*, 1898, n° 5, p. 402. — **M'Swain.** Conservative management of uterine inflammation and displacements. *Annals of gyn. a. ped.*, 1898, n° 1, p. 11.— **Oskar Bodenstein.** Giebt es eine peri-vaginitis phlegmonosa dissecans ? *Monats. f. Geb. und Gyn.*, déc. 1898, p. 613. — **Rosenthal.** Hæmatometra unilateralis im rechten Horne eines uterus bicornis. Cœlio-hysterectomia. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, sept. 1898, t. VIII, p. 273. — **Sellman.** Treatment of endometritis. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 728. — **Septimus Sunderland.** Uterine hemorrhage as affected in the climate of altitude. *The Lancet*, octobre 1898, p. 986. — **Vassmer.** Fälle von Uterustuberkulose. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVII, Hft. II, p. 301. — **Walter.** Remarks on primitiva amenorrhœa with report of case, etc. *Am. J. Obst.*, 6 octobre 1898, p. 512. — **William Wood Russel.** Remarks on the treatment of tuberculosis of the uterus and Fallopian tubes. *Annals of surgery*, Philadelphia, octobre 1898, p. 468.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Abel.** Dauererfolge der Zweifel'schen Myomectomie. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVII, Hft. II, p. 261.— **Babcolk.** The co-existence of fibromyome and carcinoma of the uterus, with a report of thre cases. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 5, p. 401. — **Blume.** Some of the complication following vaginal hystero-salpingo-oophorectomie. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 657. — **Charles Green Cumston.** The conditions of the genitals organes with reference to vaginal hysterectomy for epithelioma uteri. *Annals of gynecology and pædiatry.* Boston, novembre 1898, p. 85. — **Cushing.** Choice of methods in hysterectomy. *Annals of gyn. a. ped.*, 1898, n° 1, p. 1. — **Damas.** Quelques considérations sur l'hystérectomie abdominale totale. *La Gynécologie*, décembre 1898, p. 502.— **Funke.** Beitrag zur abdominallen Totalexstirpation. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXIX, Hft. 3, p. 485. — **Gutierrez.** Resultados curativos de la histerectomia vaginal en el cancer de la matriz. *Annales de Obst., Gynec. y Pediatria*, septembre 1898, p. 257. — **Henrotay.** Sur les complications de l'hystérectomie vaginale. *Gazette de gyn.*, novembre 1898, p. 338. — **Jacobs.** Ein fall von vaginaler und vulvarer Implantation eines adenocarcinoma colli uteri. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, septembre 1898, t. VIII, p. 238. — **Johannovsky.** Casuist.-beitrag zur Axendrehung des Uterus durch Geschwülste. *Monats. f. Geb. und Gynec.*, octobre 1898, t. VIII, p. 358. — **La Torre.** Intorno all'indicazione dell' isterectomie por fibromi ed alla cura di essi. *La ginec. e l'ost. pratica*, 1898, n° 2, p. 29. — **Livet (G.).** Le cancer et l'acétylène. *Gazette de gynéc.*, 1898, n° 296, p. 205. — **Longuet.** Technique générale de l'hystérectomie vaginale totale. *La Semaine gynécologique*, Paris, 29 novembre 1898, p. 379. — **Loussot.** Un cas d'hystérectomie abdominale totale pour une vaste déchirure de l'utérus, survenue vingt-trois heures auparavant au cours d'une version ; guérison. *Gaz. des hôpit.*, 1878, n° 116, p. 1067. — **Mc Cann.** Six cases of malignant disease of the cervix uteri treated by vaginal hysterectomy. *The Lancet*, London, 16 octobre 1898, p. 863. — **Peterson.** A clinical and pathological study of five recent cases of hysterectomy for fibromata. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 5, p. 411. — **Piccoli.** Per la priorita del processo di colpo-isterectomia posteriora, nella cura della inversione della vagina. *Arch. di ost. e ginec.*, 1898, n° 8, p. 478. — **Pichevin.** A propos de l'ampu-

tation sous-vaginale du col d'après le procédé de Schrœder. *La Semaine gynécologique*, décembre 1898, n° 51. — **Pichevin et Bonnet**. Quelques détails historiques à propos de l'hystérectomie abdominale totale : méthodes opératoires. *La Semaine gynécologique*, Paris, 6 septembre 1898, p. 281. — **Reynier**. Hystérectomie abdominale totale pour cancer uterin. *La Semaine gynécologique*, Paris, 22 novembre 1898, p. 369. — **Santillana**. Hystérectomie abdominale pour fibromyôme de l'utérus. *Bullet. de l'hôp. civil français de Tunis*, 1898, n° 2, p. 63. — **Sapelli**. Della isterectomia vaginale. *Annali di ost. e ginec.*, 1898, n° 9, p. 751, 797, 825. — **Schuster**. *Ein Fall v. multiplen Fibromyomen des Uterus u. der linken Tuben neben gleichzeitigem Spindellensarkom des rechten ovarium*. Tubingen, Pietzcker. — **Schrœder**. Zur vaginalen Estirpation des Uterus ummittelbar nach rechtzeitiger Geburt bei Carcinom und bei uterusruptur. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXIX, Hft. 3, p. 525. — **Stapler**. Neue Klemmethode zur abdominalem Totalexstirpation des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 42, p. 1153. — **Stinson**. Intraligamentous fibroid of the uterus with adhesion to the ovary ; myomectomy. *Med. News*, octobre 1898, p. 429. — **Thumin**. Zur totalexstirpation des Uterus und seiner Anhange ohne Ligatur u. ohne liegenbleibende Klemmen. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1898, n° 51, p. 1131. — **Vautrin**. Du sphacèle des fibromes interstitiels de l'utérus. *La Semaine gynécologique*, Paris, 20 septembre 1898, p. 297. — **Westermark**. Ueber die Behandlung des ulcerinden Cervixcarcinom mittels konstanter Warme. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 49, p. 1335. — **Wolfram**. Zur chir. grosser fibromyomata uteri. *Cent. f. Gynæk.*, novembre 1898, n° 45, p. 1228.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. DÉPLACEMENT DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Arnold W. W. Lea**. The treatment of acute pyosalpinx by incison and drainage, with notes of two cases. *The medical Chronicle*, Manchester, septembre 1898, p. 411. — **Borreman**. Pyosalpynx bilatéral volumineux opéré par laparotomie. *Bullet. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898-1899, n° 5, p. 75. — **Clarke**. Surgical treatment of morbid conditions involving the broad ligaments. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 688. — **Duchamp**. Du drainage des collections péritonéales par la voie rectale. *La Loire méd.*, 1898, n° 12, p. 327. — **Greene Custom**. Treatment of parametritic abcess. *Annals of gin. a. ped.*, 1898, n° 1, p. 27. — **Legueu**. De la colpotomie dans les suppurations annexielles. *Rev. internation. de méd. et de chir.*, 1898, p. 343. — **Ludwig Pincus**. Eine neue methode den Behandlung entzundlicher, namentlich exsudativen Beckenaffectionen mittelst « Belastungslagerung ». *Zeistch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIX, Hft. 1, p. 13. — **Meckertrschiantz (M.)**. Zur Behandlung, der Salpingitis isthmica nodosa gonorrhoica. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, novembre 1898, t. VIII, p. 509. — **Palmer Dudley**. A further report upon the conservative surgery of the uterine appendages. *The Am. ginec. a. obst. J.*, 1898, n° 4, p. 297. — **Reymond** et **Gosset**. Salpingo-ovarite avec pédicule tordu. *Bull. Soc. anat.*, novembre 1898, p. 701. — **Schnaper**. Ueber die Altersveranderungen der Fallopischen tuben. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 44, p. 1201. — **Schultz**. *Hernies de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire*. Th. Paris, 1898-1899, n° 1. — **Spinelli**. Sulla cura delle raccolte pelviche con la elitrotomia juxta-cervicale. *Archivio italiano di ginecologia*, 1898, n° 4, p. 297.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTERINS. OVARIOTOMIE. — **Bouilly**. De la torsion des kystes para-ovariens et des lésions qui peuvent la simuler. *La Gynécologie*, décembre 1898, p. 481. — **Celestino de Argenta**. Note sur les kystes muco-dermoïdes de l'ovaire. *La Gynécologie*, 1898, n° 5, p. 420. — **Colombus**. Operative Technique for the intraligamentous ovarian cystoma. *Am. J. Obst.*, octobre 1898, p. 517. — **Commandeur** et **Frairier**. Note sur 4 observations de kystes de l'ovaire suppurés. *La Semaine gynécologique*, Paris, 22 novembre 1898, p. 370. — **Cumston**. Septic infection of ovarian cystome. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 630. — **Custom (G.)**. Dermoid cyst of the ovary. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1898, n° 1, p. 28. — **Dartigues**. Tumeur solide de l'ovaire gauche. Torsion du pédicule. *Bull. Soc. anat.*, novembre 1898, p. 657. — **Dauber**. A case of large cystic abdominal tumour probably of the broad ligament or ovary of unusual duration and slow growth. *The Lancet*, Londres, 17 septembre 1898, p. 746. — **Godart (J.)**. Fibrome intra-ligamentaire de 3,280 grammes, laparotomie, guérison. *Bull. Sc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898-99, n° 6, p. 105. — **Ionnescu**. Castratia abdominala totala pentru lesuini septice utero-anexiale. *Rev. de Chir.*, Bucharest, 1898, n° 10, p. 433. — **Krœmer**. Ueber die Histogenese der Dermoidkystome und Teratome des Eierstocks. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVII, Hft. 11, p. 322. — **Kworostansky**. Zur Œtiologie der epithelialen Eierstockgeschwulste und Teratome. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVII, Hft. 1, p. 1. — **Lauro**. Voluminosa cisti proligera glandulare dell'ovario sinistro; calcificazione dell'ovario destro, doppia ovariectomie, guarizione rapidissima. *Archivio di Ost. e Gynec.* — **Lynds**. Successful Removal of a one hundred and twenty five Pound ovarian tumor. *Med. News*, octobre 1898, p. 527. — **Martin (A.)**. The evolution of ovariotomy. *Pacific. med. J.*, 1898, n° 10, p. 577. — **Otto Franqué**. Ueber Urnierenreste im Ovarium zugleich ein Beitrag z. Genese der cystoide Gebilde in der Umgebung der Tube. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXIX, Hft. 3, p. 499. — **Piéry**. Cancer musculaire lisse de l'ovaire. *Bullet. de la Soc. de chirurg. de Lyon*, 1898, n° 3, p. 72. — **Ries**. Stones in the ovary. *Annals of gynecology and pediatry*, Boston, novembre 1898, p. 73. — **Spinelli**. Indicazioni generali e tecnica della sterilizzazione della donna. *Archiv. ital. di ginec.*, 1898, n° 5, p. 442. — **Stinson (C.)**. Ovariotomy, oophorectomy and salpingectomy without ligature clamp, or cautery, etc. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 4, p. 327. — **Stobbaerts**. Kyste glandulaire proligère de l'ovaire. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898-99, n° 5, p. 73. — **Troschel**. *Beitrag z. klinisch. Dignität der papillaren Ovarialgeschwulste*. Arbeit. aus d. Privat-Frauenk. v. Dr Mackenrodt. Berlin, Karger. — **Vineberg**. Castration for rudimentary uterus, absence of vagina, menstrual molimena. *Am. J. Obst.*, 1898, n° 4, p. 500. — **Wathen**. Suppurating ovarian and intraligamentous cysts. *Med. News*, octobre 1898, p. 486. — **Werder**. Some clinical observations based upon one hundred and Sixteen abdominal sections for ovarian Tumors. *Am. J. Obst.*, novembre 1898, p. 668.

ORGANES URINAIRES. — **Berthold Singer**. Zur Path. und Ther. des Urethralprolapses beim weiblichen Geschlechte. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, octobre 1898, t. VIII, p. 373. — **Blumenfeld**. Traumatismi degli ureteri nelle laparotomie. *La Riforma medica*, Naples,

24 septembre 1898, p. 833. — **Edebohls.** Wanderniere und Appendicitis, deren häufige Koexistenz und deren simultane Operation mittels Lumbalschnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 40, p. 1084. — **Noble (C.).** Closure of vesico-vaginal fistula following vaginal hysterectomy and other operative procedures by the vaginal route. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 5, p. 395. — **Rühl.** Ueber einen seltenen Fall von Ureterenverlauf bei Beckentumoren und dessen praktische Bedeutung. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 39, p. 1056.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Frederick Page.** A case of extra-uterine fœtation ; removal of a fully developped dead chied, the placenta being left; recovery. *The Lancet,* octobre 1898, p. 1123.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Auché** et **Chavannaz.** Infections péritonéales bénignes d'origine opératoire. *Gaz. hebdom. des Sc. med.*, Bordeaux, 1898, n° 44, p. 519. — **Bidone.** Formazione della cicatrice ombelicale e modo di comportarsi delle fibre elastiche nelle varie eta. *Arch. ital. di ginec.*, 1898, n° 5, p. 463. — **Chanteur.** *De l'éventration sus-ombilicale.* Th. Paris, 1898-1899, n° 68. — **Clado.** La laparorrhaphie à l'Hôtel-Dieu. *Semaine gynécologique,* décembre 1898, n° 49. — **Coxe.** Six abdominal operations. *Med. Rec.*, octobre 1898, p. 546. — **Esperschied.** *Ueber Misserfolge m. Laparotomie bei tuberkuloser peritonitis.* Tubingen, Pietzcker. — **Fournier.** Action du chloroforme sur le cœur dans les grandes opérations abdominales. *La Gynécologie*, 1898, n° 5, p. 415. — **Galvani.** Surprises du ventre. *Rev. de gynéc. et de chirurgie abdominale*, 1898, n° 6, p. 1018. — **Häberlin.** Die Massage bei postoperativen Ileus, *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 42, p. 11 64. — **Heffenger.** The abdominal Wound. *Med. Record,* décembre 1898, p. 865. — **James (O.).** Some rare forms of abdominal tumours. *Edinb. med. J*, novembre 1898, p. 438. — **Lejars.** Traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse. *Bullet. et mém. de la Soc. de chirurgie.* décembre 1898, p. 1106. — **Liell.** Surgery of the Peritoneal cavity. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n°5, p. 405. — **Maude.** Perforative appendicitis; diffused Peritonitis ; double laparotomy. *The Lancet,* octobre 1898, p. 984. — **Merkel.** Beitrag zur operativen Therapie der Bauchfelltuberculose. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft. 1, p. 1. — **Mordeal Price.** Report of interesting cases of abdominal surgery. *The Philadelphia Polgel,* 1898, n° 44, p. 502. — **Mills.** A case of septic peritonitis ; laparotomy. Recovery. *The Lancet,* Londres, 10 octobre 1898, p. 875. — **R. de Bovin.** De l'action de la laparotomie sur les processus chroniques de la cavité abdominale (tuberculose exceptée). *Gaz. des hôpitaux,* décembre 1898, p. 1357. — **Robert Need.** Closure of vounds of the abdominal wall. *Medical Record,* New-York, 26 novembre 1898, p. 767. — **Rudolph Savor.** Fall von Milzexstirpation wahrend der Schwangesrschaft wegen traumatischer Ruptur. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 48, p. 1315. — **Shröder.** Zur Kasuistik der diagnostischen Irrthümer der Abdominaltumoren. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 41, p. 1125. — **Webster.** Infective Peritonitis with special reference to a suggested method of improving the Present method of surg. Treatment. *The Am. gyn. a. obst. J.* 1898, n° 4, p. 303, 429. — **Wilmer Keusen.** Sequelœ of abdominal operations. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 5, 422.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Collins.** *Die schmerlose Entbindung*, etc., Leipzig, Grieben. — **Lynds.** The Care of Cases after Labor. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1898, n° 1, p. 20. — (**Pantano G. R.**). Contributo alla casuistica della prezentazioni di facia primitiva. *Arch. di Ost. e Gynec.*, 1898, n° 9, p. 513.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Blacher.** Ein Beitrag zum Bau der menschlichen Eihullen. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVII, Hft. 1, p. 65. — **Calderini (G.).** Le emazie e l'emoglobina delle gravida o del feto. *Riforma medica*, octobre 1898, nos 239 et 240, p. 158 et 169. — **Colpi.** Sulla struttura dell' amnios. *Archivio italiano di gmecol.*, 1898, n° 4, p. 364. — **Eden.** On the microscopic characters of retained products of conception. *Edinb. med. J.*, novembre 1898, p. 393. — **Ferrari.** Nuove ricerche sulla struttura normale e pathologica degli annessi fœtali. *Archivio ital. di Ginec.*, 1898, n° 5, p. 410. — **Ferroni.** Sulla prezensa e sulla distributione delle cosi delle « Mastzellen » nella membrana amnios. *Archiv. italiano di Ginec.*, 1898, n° 5, p. 447. — **Gubaroff.** Ergänzende Erklärungen zu der Beschreibung eines Präparates von Placenta prævia. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, octobre 1898, t. VIII, p. 379. — **Heinrich Cramer.** Zur Frage der Reflexaplacenta. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 49, p. 1329. — **Kössmann.** Studien zur normalen u. pathologischen Anatomie der Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LII, Hft. 1, p. 224. — **Marchand.** Noch einmal das Chorion epithelium. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 31, p. 809. — **Pfannenstiel.** Noch ein Wort zur Diskussion über die Syncytium Frage. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 48, p. 1314. — **Silvie.** *Contribution à l'étude de la régression utérine.* Th. Paris, 1898-99, n° 13. — **Whitridge (W.).** The Bacteria of the Vagina and their Practical Significance, based upon the bacteriological Examination of the vaginal Secretion of ninety-two pregnant Women. *Am J. of Obst.*, octobre 1898, p. 449.

GROSSESSE. — (**Siredey (A.).** Le diagnostic de la grossesse. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1898, p. 855.

DYSTOCIE. — **Blume.** A case of uterus bicornis, duplex and vagina duplex; with pregnancy in one horn. Excision of vaginal septum, normal labor. *Annals of gynecology and pædiatry*. Boston, novembre 898, p. 83. — **Courtenay C. Weeks.** Dystocia due to ante-partum hourglass contraction of uterus; Cæsarean section. *British med. J.*, décembre 1898, p. 1270. — **Isac.** Bassin rétréci, version. Enfant vivant. *Languedoc méd.-chirurg.*, 1898, n° 11, p. 207. — **Jalaber.** *Kystes pelviens de l'ovaire et accouchement.* Th. Paris, 1898-99, n° 20. — **Mueller (A.).** Die Behandlung des Uterus gravidus incarceratus mit dem elastichen Ballon. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 43, p. 1181. — **Schütte.** Uterus septus cum Vagina septa und sepsis ante-partum beendet durch Sectio cæsarea. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, octobre 1898, t. VIII, p. 382. — **Serejnikoff.** Ein Fall von Cœliotomie wegen Schwangerschaft in rüdimentären Horne eines Uterus bicornis bei lebensfähiger Frucht. *Monats. f. Geb. und. Gynæk.*, septembre 1898, t. VIII, p. 232.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Füth.** Studien über die Einbettung des Eies in der Tube. *Monats. f. Geb. und Gynæk.*, décembre 1898, p. 590. — **Kinoshita (S.).** Ueber grosszellige decidualzelle ähnliche Wucherungen auf dem Peritoneum und den Ovarien bei intrauteriner Schwangerschaft. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, novembre 1898, t. VIII, p. 500. — **Oliver.** Etude de quatre cas de grossesse extra-utérine à terme. *Sem. gynécologique,* octobre 1898, p. 321. — (**Taylor J. W.**) Ueber Extrauterin Schwangerschaft. *Wiener Mediz. Presse*, 1898, nº 40, p. 1536, 1628, 1662, 1705, 1826. — **Vineberg.** Differential Diagnosis between extra-uterine Pregnancy and Early Abortion. *Med. Record*, novembre 1898, p. 641. — **Voigt (Max).** Schwangerschaft auf der Fimbria ovaria. *Monats. f Geb. und Gyn.*, septembre 1898, t. VIII, p. 222. — **Walter Wilke.** Ein weiterer Fall von Extra-uterin Gravidität mit lebender Frucht in der freien Bauchhöle, *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 41, p. 1132. — **Wesley Bovee,** Ancient Full-Term Ectopic Pregnancy. *Med. News*, décembre 1898, p. 784.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Bollenhagen.** Ein Fall Duchenne'sche Lähmung nach Zangenanlehang. *Mon. fur Geb. und Gyn.*, octobre 1898, t. VIII, p. 370. — **Knappe.** *Der Scheintod der Neugeborenen. Seine Geschicte Klin. u. Gerichtsärtzl.*, etc. Wien, Braumüller. — **Peck.** Traumatic cataract in an infant's Eye from pressure of forceps. *Med. News*, novembre 1898, p. 689. — **Phocas.** Fractures intra-utérines. *Le Nord médical*, Lille, p. 221. — **Poise.** Maladie de Little d'origine obstétricale. *Archives méd. d'Angers*, 1898, nº 10, p. 440. — **Rivalta.** *Malformations congénitales de l'hymen et du vagin.* Thèse de doctorat, Paris. Société d'éditions scientifiques, 1898. — **Rosario Vitanza.** Su alcuni vizi congeniti degli organi genitali muliebri. *La Ginec. e l'Ost. pratica,* 1898, nº 2, p. 21.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Carr (W.).** Symphyseotomy. *Am. J. Obst.*, octobre 1898, p. 535. — **Lynds.** Cæsarian Section for deformed spine and pelvis. *Med. News*, octobre 1898, p. 528. — **Moir (J.).** A table of cases of inductio of premature laber. *Brit. med. J.*, 1898, II, 619. — **Müller (A.).** Die Behandlung der Schultern bei der Extraction am Beckenende. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, novembre 1898, t. VIII, p. 477. — **Pozzoli.** Sulle cause che nelle incinte gia altra volta sinfisiotomizate rendona talora possibile il parto spontaneo. *Arch. di Ost. e Ginec.,* 1878, nº 8, p. 449. — **Siebour.** Ueber vier Falle vou Sectio Cæsarea nach Porro bez. mit Totalexstirpation wegen Osteomalacie. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, Hft. 6, p. 629. — **Solé.** De l'accouchement prématuré artificiel. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898-99, nº 5, p. 79.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Beffel.** Malignant Placentoma. *The Am. Gin. a. Obst. J.*, 1898, nº 4, p. 311. — **Bonnaire.** Traitement de l'éclampsie puerpérale. *La Presse médicale,* décembre 1898, p. 354, — **Bué (V.).** Sur un cas de môle hydatiforme. *Le Nord médical,* Lille, 1898, p. 260. — **Callender.** Suckling a cause of abortion. *The Lancet,* novembre 1898, p. 1198. — **Camescasse.** Eclampsie puerpérale consécutive à une grande fatigue suivie d'une chute. *Gaz. des hôpitaux,* décembre 1898, p. 1249, 1369. — **Cann (Mc).** Clamp and ligature

in vaginal hysterectomy for malignant disease of the uterus. *Brit. med. J.*, 1898, II, 618. — **Dawson.** Case of puerperal septicæmia. *The Lancet*, octobre 1898, p. 1058. — **De Lee.** Two cases of Rupture of the Symphisis Pubis during labor. *Am. J. Obst.*, octobre 1898, p. 483. — **Döderlein.** Zur Verhütung der Infection Gebärender. *Berl. klin. Woch.*, 1898, n° 50, p. 1101. — **Draghiesco** et **Cristeano.** Rétention et putréfaction du fœtus pendant 4 mois et demi. *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurg. de Bucarest*, 1898, n° 1, p. 24. — **Dührssen.** Ueber Aussakungen, Rückärtsneigungen u. Knickungen der schwangeren Gebärmutter mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Retroflexio uteri gravidi partialis. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVII, Hft. 1, p. 70. — **Dührssen.** Nachtrag zur Frage der Retroflexio uteri gravidi. *Cent. f. Gyn*, 1898, n° 50, p. 1362. — **Durante.** Varici e siatica delle donne gravide. *La Riforma medica*, Naples, 26 septembre 1898, p. 841. — **Earl William.** A case of puerperal fever treated with antistreptococcic serum. Recovery. *The Boston Med. a. Surgical Journal*, 10 novembre 1898, p. 467. — **Freund.** Ueber die Bedeutung der Differentialdiagnose zwischen eitriger Phlebitis und Lymphangitis der Beckenorgane in Puerperium für Prognose u. Therapie, etc. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIX, Hft. 3, p. 389. — **Gaulard.** Avortement incomplet; curage et curettage. *La Presse médic.*, novembre 1898, p. 273. — **Giglio.** Patologia dell' uovo e sua etiologia. Ricerche anatomo-istologische sulle alterazioni deciduo placento-fetali in relazione con le malattie infettive trasmissibili dei genitori. *Archivio italiano di Ginec.*, 1898, n° 4. p. 330. — **Gray.** Modern aspects of puerperal Fever. *Medical Record*, New-York, 26 novembre 1898, p. 763. — **Heidemann.** Das Milchfieber. *Monast. f. Geb. und Gyn.*, septembre, 1898, t. VIII, p. 243. — **Heinrich Camer.** Lysolvergiftung bei Uterusausspülung. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 39, p. 1049. — **Izac.** Eclampsie. Guérison. *Languedoc méd.-chirurg.*, 1898, n° 11, p. 206. — **John Le Page.** Axis Traction with ordinary Forceps. *British med. J.*, décembre 1898, p. 1869. — **John T. Scollard.** Inversion of the puerperal uterus. *Annals of gynecology and pædiatry*, Boston, nov. 1898, p. 89. — **Juan Davalos.** Un caso de Fiebre puerperal tratado por el suero antidfiterio. *Cronica medico-chirurga de la Habana*, sept. 1893, p. 257. — **Merletti.** Profilassi dell' eclampsia puerperale secondo le moderne vedute intorno alla suo patogenesi. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 9, p. 697. — **Monod.** Grossesse et colite membraneuse aiguë avec symptômes d'obstruction intestinale. Guérison par les courants continus sans interruption de la grossesse. *Annales de la Policlinique méd. de Bordeaux*, décembre 1898, p. 758. — **Muret.** Diagnostic différentiel de la grossesse utérine, de la grossesse ectopique et de quelques tumeurs abdominales. *Rev. de gynéc. et de chirurg. abdominales*, 1898, n° 6. — **Murray (J. Gawler).** Two cases of puerperium complicated with scarlet fever; recovery; *Lancet*, 1898, II, 1260. — **Orlowski.** Un cas d'enchâtonnement du placenta. *La Gaz. méd. du Centre*, nov. 1898, p. 171. — **Peiser.** Verblutungstod der Frucht unter der Geburt infolge Ruptur einer Umbilicalartere bei insertio velamentosa. *Monats. f. Geb. und Gynæk.*, déc. 1893, p. 619. — **Pestalozza.** Sulla rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto. *Archivio ital. di Ginec.*, 1898, n° 5, p. 452. — **Pourtalès.** Untersuchungen über die puerperale Wundinfection. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVII, Hft. 1, p. 36. — **Satullo (S.).** L'infarto placentare in relazioni con le malattie infettive della madre. *Archiv. di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 9, p. 518, 577. —

Schœffer (O.). Ueber eine einjährige Retention eines abortiv Eies im Uterus. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1898, t. VIII, p. 342. — **Schnell** (F.). Zur Aetiologie u. Therapie der Osteomalacie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIX, Hft. 3, p. 412. — **Scharitzler.** *Ueber Osteomalacie unter Mittheilung e. durch Kaiserschnitt u. Kastration behandelten Falles der Tübinger Frauenklinik.* Tubingen, Pietzeker. — **Shœmaker.** The Prevalence and the Prevention of puerperal Infection in private Practice. *The Philadelphia Policlinic*, oct. 1898, p. 478. — **Siefart.** Œdem der Placenta und fœtale Leukämie. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, sept. 1898, t. VIII, p. 215. — **Sippel.** Ein Fall von Scharlach nach Laparotomie nebst Bemerkungen zum puerperalen Scharlach. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 54, p. 1205. — **Solowig** (A.). Ein Beitrag zur Uterus-Ruptur. *Monats. für Geb. und Gynæk.*, nov. 1898, t. VIII, p. 494. — **Thomas Wilson.** Vesico-vaginal septum Torn during labour : Slouhging vaginitis ; subsequent closure of the vulva. *The Lancet*, Londres, 26 nov. 1898, p. 1396. — **Val. Van Hassel.** Quelques cas d'éclampsie. *Annales médico-chirurgicales du Hainaut*, 1898, nº 10, p. 164. — **Wigham (W. Harper).** Note on acase of persistence of hymen ; retained miscarriage. *Lancet*, 1898, II, 1325.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Cole.** The Use Obstetric Forceps, with Report of two cases of Inversion of the Uterus. *Med. News*, octobre 1898, p. 519. — **Dukes.** Axis Traction with ordinary forceps. *British med. J.*, nov. 1898, p. 1390. — **Fehling.** Ein viertheiliger Kranioklast. etc. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 43, p. 1177. — **Janvier.** Pelvimètre universel. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898-99, nº 5, p. 75. — **Klien.** Der heutige Stand der Axenzug-Zangenfrage. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1898, t. VIII, p. 386. — **Krug.** Ueber Trockensterilization Geburtshilfl-Instrumente in hermetisch verschlossenen Metalhlbrüchen. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 41, 1129. — **Vicarelli.** Il craniotomo trivella. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1898, nº 10, p. 777.

VARIA. — **Ahlfeld.** *Lehrbuch der Geburtshilfe.* 2 Aufl. Leipzig, Grunow. — **Baumm.** Ein Uterusphantom zur Darstellung des Geburtsvorganges. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, déc. 1898, p. 624. — **Consentino.** Rendiconto della Clinica ostetrico-ginocologica pareggiata dell'ospedale S. Francesco Saverio. *Arch. di Ost. e Ginec.*, 1898, nº 8, p. 510. — **Hillis (Thomas J.).** Some remarks on the midwifery question, must the midwife perish? *Med. Rec.*, N.-Y., 1898, II, 472. — **Leumann.** Three cases of plague in pregnant women ; recovery in all three cases. *The Lancet*, Londres, 17 sept. 1898, p. 748. — **Martin Thiemich.** Ueber Veränderungen der Frauenmilch durch physiol. und path. Instande. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1898, p. 521. — **Missmahl.** *Katechismus der Geburshilfe f. Hebammen.* Tubingen, Laupp. — **Olshausen u. Veit.** *Lehrbuch der Geburtshülfe auf Grundlage des Lerhbuch v. K. Schrœder u. zugleich als 13 Aufl. desselben.* Bonn, Kohen. — **Teuffel (R.).** Luft aspiration wahrend der Geburt. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, nov. 1898, t. VIII, p. 518.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

INSTRUMENTS GYNÉCOLOGIQUES
DU PROFESSEUR AUGUSTE REVERDIN

Par le Dr Charles Berthier,
Assistant à la Policlinique de Bruxelles,
Ancien assistant du Prof. Auguste Reverdin,
Ancien interne de l'Hôpital Cantonal de Genève.

Depuis quelques années surtout, les chirurgiens se sont attachés à modifier et à augmenter leur arsenal chirurgical, cherchant à rendre leurs interventions plus simples, plus sûres et plus rapides. « Perdre du temps, c'est perdre du sang », dit volontiers notre maître !

Parmi les inventeurs les plus féconds, les plus originaux, les plus heureux, il faut citer le professeur Auguste Reverdin, de Genève.

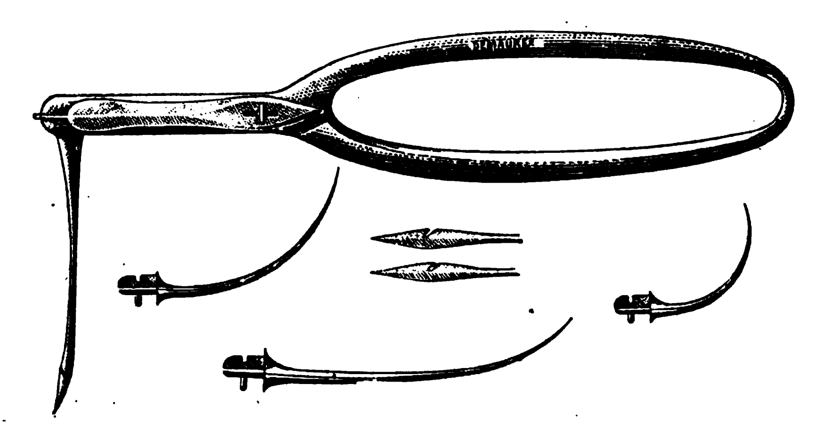
Ayant eu l'honneur de suivre sa clinique pendant plusieurs années, j'ai vu créer et employer bon nombre de ses instruments et ai pu, par une pratique journalière, me rendre compte de leurs avantages et apprécier différents progrès apportés, grâce à eux, à la technique opératoire.

C'est autant par reconnaissance pour mon excellent chef que pour rendre service aux nombreux confrères qui s'occupent de gynécologie que j'ai, dans l'espoir d'en vulgariser l'emploi, cherché à grouper en un court exposé, les principaux instruments qui sont *restés* dans sa pratique.

Aiguille à suture.

De tous les instruments d'Auguste Reverdin, celui auquel il a apporté le plus de soins, et qui a, sans conteste, réuni le plus de suffrages, c'est son aiguille à suture, trop connue pour que j'en fasse ici la description minutieuse.

Il l'a modifiée pour les opérations gynécologiques en y appliquant un long manche qui porte à son extrémité une aiguille de grandeur, de forme et de courbures variables. Cette aiguille, et c'est là un point fort important, peut être successivement placée à droite ou à gauche, mais toujours à angle droit. Cette disposition facilite pour la suture les mouvements qui nous sont les



plus familiers : *pronation et supination*. Inutile d'ajouter qu'elle est entièrement métallique et qu'elle se démonte très facilement, ce qui permet une désinfection complète, absolue.

Ajoutons que l'instrument présente une grande solidité, *il est bien en main*, et beaucoup plus facile à diriger que n'importe quel porte-aiguille.

Quant au mouvement pour charger le fil, il est des plus naturels : fermer la main sans effort. Une simple pression suffit pour ouvrir le chas qui se referme de lui-même, car, dès que la pression cesse, les branches métalliques reprennent leur posi-

tion normale. Grâce à cette simplicité, les sutures quelles qu'elles soient, points séparés, points de ganse, surjets, etc..., se font avec une très grande rapidité, ce qui a fait souvent dire que cette aiguille est une véritable machine à coudre.

Sur la demande du professeur Richelot, on a fait construire pour les opérations dans le petit bassin une aiguille très solide et fortement recourbée, de façon à pouvoir — pour ainsi dire — harponner les tissus tout en les cousant.

La même aiguille peut servir également pour la staphylorrhaphie et en général pour toute suture : cutanée, intra-dermique, intestinale, bien que pour cette dernière, Auguste Reverdin préfère s'adresser à une simple aiguille de couturière, à condition toutefois que le diamètre de l'aiguille soit notablement plus gros que celui du fil. On évite ainsi que ce dernier, étranglé par les tissus, les enflamme.

Si le point de suture à faire est situé trop profondément et qu'on éprouve quelque difficulté à poser le fil dans le chas, on peut se servir d'un instrument en forme de *fourche* qui permet de porter très facilement, presque à l'aveuglette, le fil à destination. Le catgut, la soie, les fils métalliques, etc., sont indifféremment employés avec cet ingénieux instrument.

Aiguille mousse à deux chas.

Cette aiguille est destinée à placer deux fils à côté l'un de l'autre *et dans le même trou.* Elle est utile pour l'extirpation de tumeurs dont il faut lier le pédicule en plusieurs portions.

Elle est formée d'une tige d'acier sur le bord de laquelle sont découpées deux échancrures en forme de crochet ; l'une de ces échancrures se trouve à 3 centim. de la pointe, laquelle est mousse, l'autre à 8-10 centim. en deçà de la première. A partir de ce point, l'instrument augmente rapidement de volume de façon à représenter un manche lourd et facilement maniable. Après avoir traversé le pédicule on engage un fil dans l'échancrure la plus rapprochée du manche et on retire l'aiguille suffisamment pour dégager ce premier fil et lier une moitié ou une partie seulement du pédicule. On place ensuite un autre fil dans l'échancrure qui est restée au delà du pédicule, on achève de retirer l'aiguille et ce second fil est amené *exactement* auprès de son congénère, dont il reste néanmoins tout à fait *indépendant*, à moins qu'on préfère les solidariser en les entrecroisant. S'agit-il de lier le pédicule en trois ou quatre portions, on répète la même manœuvre. Ce qui fait surtout la valeur de cet instrument, c'est que le second fil, forcément placé dans le même trou que le premier, ne risque pas de laisser en dehors de la ligature une partie quelconque de tissu pouvant contenir encore quelque vaisseau.

Dilatateur pour irrigation intra-utérine et Dilatateur-Trocart pour collections péri-utérines.

Pour les opérations dans la cavité de la matrice, si nombreuses de nos jours, il est bon d'avoir un instrument permettant de laver sérieusement cette cavité et assurant en même temps un facile retour au liquide antiseptique.

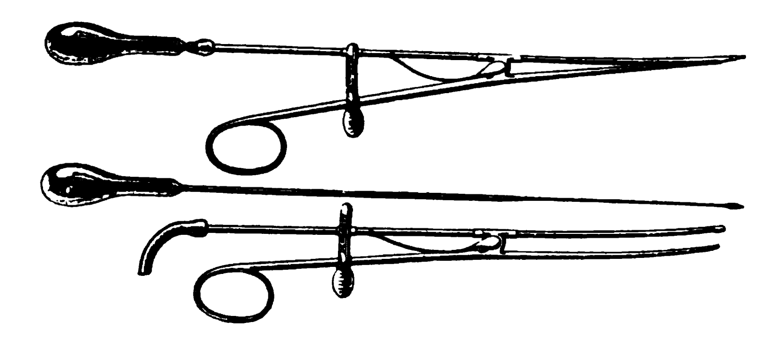
L'instrument dont nous nous servons journellement et que j'ai vu employer à l'étranger, toujours avec succès, se compose de deux branches longues de 29 centim. environ, réunies par une articulation à pivot. En arrière de cette articulation, les bran-

ches s'inclinent vers le bas pour se terminer par deux anneaux. Une crémaillère, située à quelques centimètres en avant de ceux-ci, permet à l'instrument de rester ouvert lorsque la pression des doigts a agi. A partir de l'articulation, les mors décrivent une courbe légèrement concave en avant. La branche



gauche, un peu plus courte que la droite, s'abrite contre cette dernière. Son extrémité est masquée par une petite proéminence qui termine la branche droite. Celle-ci est une véritable sonde pourvue d'un œil très large par lequel s'échappe le liquide provenant d'un récipient suspendu au-dessus de l'opératenr.

L'emploi de l'instrument est fort simple ; facilement introduit



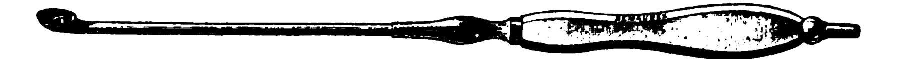
dans l'utérus, vu son peu de volume, ses branches en sont écartées suivant le besoin ; la crémaillère maintient cet écartement, grâce auquel le retour du liquide injecté et la sortie des matières solides, caillots, débris placentaires, etc... sont absolument assurés.

Il n'arrive jamais, comme cela se produit trop souvent avec les sondes dites à double courant, de voir l'appareil se boucher. C'est peut-être là son principal mérite. Il en existe quatre modèles de grosseurs différentes.

Pour les collections péri-utérines le professeur Auguste Reverdin a fait construire, sur le même modèle, un *dilatateur-trocart*, en introduisant dans la branche gauche ouverte à ses deux extrémités une lame mince, flexible, glissant dans l'intérieur de la chemise métallique et se terminant par une pointe de trocart.

Après avoir perforé au point le plus saillant la paroi qui entoure la collection, on retire la lame-trocart, et, avant de laisser s'écouler le liquide antiseptique qui doit nettoyer la cavité, on écarte les branches du dilatateur, ce qui déchire les tissus sans les couper, réduisant ainsi au minimum les chances d'hémorrhagie. On fait alors un lavage complet, et s'il faut tamponner la cavité ou y placer un drain, rien n'est plus facile tant que l'instrument est encore en place, ses deux branches écartées.

Je ne ferai que mentionner en passant la **curette tubulée** pour raclages utérins. Elle est fort commode et vraiment anti-

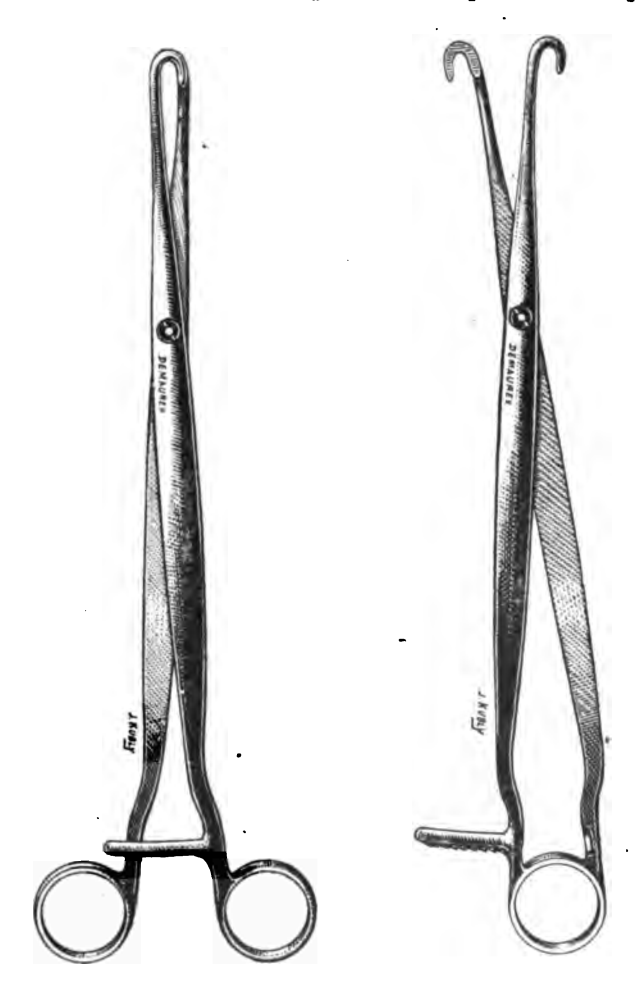


septique, puisqu'à chaque coup de l'instrument la plaie est aussitôt arrosée par le liquide antiseptique.

Pince pour l'abaissement de la matrice.

Cette pince, de forme allongée, mince, présente à son extrémité antérieure deux crochets assez semblables à deux érignes mousses, adossés, dont les pointes se masquent mutuellement lorsque l'instrument est fermé. A l'extrémité opposée, les branches de la pince se terminent par deux anneaux qui se superposent quand la pince est ouverte. L'instrument, introduit fermé

dans la cavité utérine, pénètre facilement. C'est alors que par le rapprochement des anneaux la pince s'ouvre, c'est-à-dire que ses crochets s'écartent de la ligne médiane pour venir se plan-



ter dans les parois de l'organe. Une légère traction les fixera d'une manière suffisante pour permettre d'amener facilement l'utérus de la vulve.

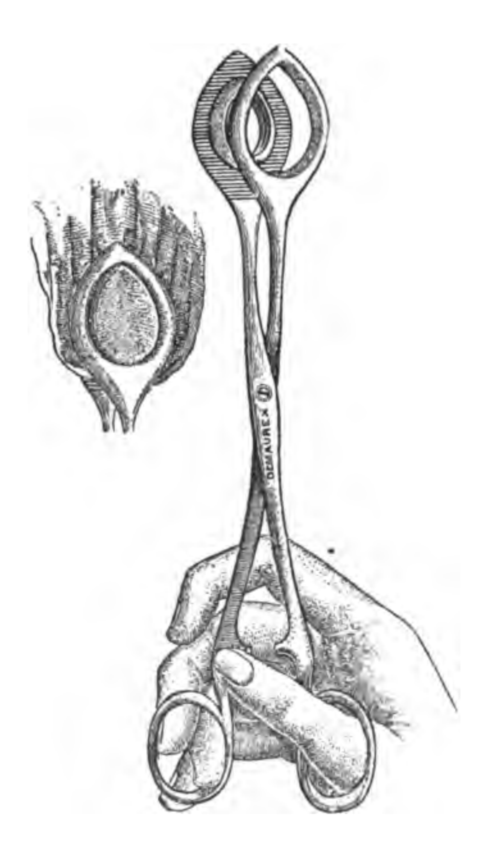
Pour dégager l'instrument, il suffit de le pousser légèrement en haut, vers l'intérieur de la matrice, puis de superposer à

nouveau les crochets en faisant reprendre aux anneaux leur position première.

L'usage de cette pince est restreint aux cas où, ayant à faire à un *col court et friable*, le chirurgien prévoit que la prise faite avec une pince de Museux déchirerait les tissus.

Pinces en cœur et Pince-Trocart pour l'ovariotomie.

Lorsqu'au cours d'une opération d'ovariotomie le kyste est



mis à nu, il est souvent utile d'amoindrir son volume en évacuant une partie du liquide qu'il contient. Les premiers ovariotomistes usaient volontiers du trocart, soit de celui de Chassaignac,

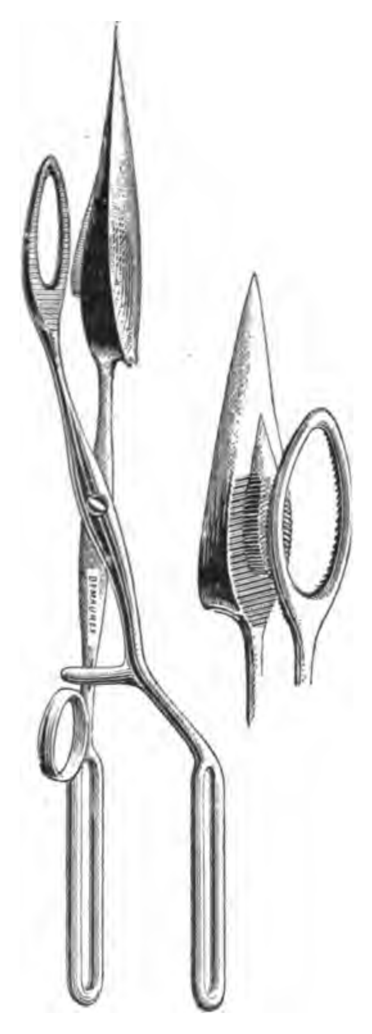
soit de ceux plus compliqués de Kœberlé, Spencer Wels, Maduroviez, Péan, etc.

Ces appareils très embarrassants ne rendent en général pas les services qu'on en attend. Que de fois ne voit-on pas le liquide s'écouler à côté du trocart et tomber dans le péritoine? L'accident se produit surtout lorsqu'on emploie le trocart muni de deux rangées de griffes aiguës, qui, au lieu de retenir les parois du kyste, les déchirent et créent ainsi des ouvertures accessoires par lesquelles le liquide s'échappe. Les choses heureusement ne se passent pas toujours ainsi, et certainement ces instruments ont rendu des services dans bon nombre de cas, mais ils sont assez infidèles pour mériter le discrédit dans lequel ils sont peu à peu tombés.

Beaucoup de chirurgiens les ont abandonnés, et remarquons en passant que les cas dans lesquels ils ne fonctionnent pas, ou mal, sont précisément les difficiles, les dangereux; les cas de kystes à parois fragiles, dégénérées ou à contenu douteux. Voici comment Aug. Reverdin procède dans l'extirpation des tumeurs kystiques de l'ovaire. Il pratique au bistouri une incision un peu au-dessus de l'équateur de la tumeur. L'aide chargé de maintenir les parois de l'abdomen appliquées contre celles du kyste peut facilement, par une pression graduelle, faire en sorte que le jet du liquide qui s'échappe, dès que la poche est ouverte, continue à décrire une courbe suffisante pour ne pas retomber dans la cavité péritonéale.

Dès que la force du jet diminue, on saisit le kyste avec des pinces, dites *pinces en cœur* et on l'attire au dehors. Les deux branches des pinces dont il s'agit ne sont point semblables; le mors de l'une d'elles, qu'on pourrait appeler branche femelle, a la forme d'un cœur ou plutôt d'un contour de cœur, puisque tout son centre est évidé; le mors de la branche mâle porte sur sa face interne une saillie qui figure également la forme d'un cœur, mais cette fois plein et en plus petit que celui représenté par la branche femelle. Lorsque la pince se ferme, les deux cœurs *s'emboîtent* en laissant toutefois un espace suffisant entre eux pour ne pas jouer le rôle d'emporte-pièce. Il va de soi

qu'une membrane quelconque, saisie par cette pince, se trouve déprimée circulairement, décrivant ainsi, entre les mors, un véritable escalier sur tout le pourtour de la surface de préhension.



Il existe plusieurs modèles de dimensions différentes; le plus grand trouvera son application dans l'ovariotomie, les autres seront utiles lorsqu'il s'agira de saisir des tissus quelconques qu'on aura intérêt à attirer fortement à soi pendant leur dissection.

Les surfaces des mors sont bien arrondies de façon à ne pas couper; elles sont aussi pourvues en quelques points de profondes rainures, afin de retenir plus sûrement les parties saisies. Elles se ferment à l'aide de deux ou trois crans comme toute pince à forcipressure.

Quelquefois, au moment de l'introduction de la pince dans l'ouverture du kyste, une partie du jet quelque peu déviée risque de s'écouler dans l'abdomen. Pour remédier à cet inconvénient, Aug. Reverdin a fait allonger en forme de lance tranchante sur une longueur de 6 centim. environ, la branche mâle de sa pince en cœur, puis, afin de donner une bonne direction au liquide, il a fait creuser le dos de cette branche d'une gouttière qui va en s'élargissant et s'incurvant légèrement.

La ponction et la préhension du kyste ne constituent donc plus qu'un seul et même temps et la cavité péritonéale est aussi épargnée que faire se peut.

De la suspension en gynécologie.

Ce n'est pas à proprement parler un instrument spécial qui nous occupera dans ce chapitre, mais une méthode opératoire nouvelle qui a été trop souvent discutée pour que je puisse la passer sous silence.

J'en parle avec d'autant plus de plaisir qu'il y a, à mon avis, une omission à réparer.

Dans le dernier Congrès de chirurgie, tenu à Paris en 1897, alors que tout le monde était d'accord pour préconiser l'extirpation totale de l'utérus par la voie abdominale, personne n'a mentionné le nom d'Auguste Reverdin ; et cependant, déjà en 1892, à Genève, au Congrès des médecins de la Suisse Romande, puis l'année suivante au Congrès de chirurgie de Paris, notre maître avait très chaudement recommandé cette méthode et insisté très énergiquement sur les avantages incontestables *de la voie abdominale pour l'extirpation totale de la matrice envahie par des tumeurs solides et d'un certain volume.* Il démontra combien cette opération était rendue facile grâce au nouvel ensemble de moyens qu'il apportait, et combien les résultats en pouvaient être améliorés. La chose me paraît avoir une très réelle importance, car en 1892, peu de chirurgiens partageaient la conviction si nettement formulée par A. Reverdin. A cette époque, la voie vaginale tentait la majorité des chirurgiens ; ce ne fut que plus tard, lorsque l'expérience eut apporté des résultats probants, positifs, indéniables, que la voie abdominale fut remise en honneur, et je tiens à le redire encore : Auguste Reverdin fut un des promoteurs et un des plus chauds défenseurs de cette méthode aujourd'hui adoptée par tous.

Voici d'ailleurs quelques passages de la communication qu'il fit au Congrès de chirurgie (Paris, 1893) :

« Je vous dirai tout d'abord que la voie abdominale m'a toujours paru la plus rationnelle, la plus directe, lorsqu'il s'agit d'attaquer des tumeurs de l'utérus dépassant un certain volume et développées non dans la cavité de l'organe, mais dans l'épaisseur de ses parois. »

« Lorsqu'en raison de symptômes graves, menaçant la vie, on se décide à intervenir dans ces circonstances, deux méthodes principales se partagent la faveur des chirurgiens : l'hystérectomie totale et l'hystérectomie partielle.

Laquelle de ces deux manières de procéder mérite, a *priori*, la préférence?

Telle est la grave question qui a été et sera sans doute encore souvent débattue devant vous.

En supposant que le problème soit proposé à un pathologiste quelconque, non spécialisé dans la chirurgie, sa réponse ne se ferait sans doute pas attendre.

« Pourquoi, dirait-il, conserver quelque partie d'un organe dont la fonction est supprimée ? »

Et le chirurgien de répondre, s'il est sincère :

« Nous ne conservons que ce qu'il est impossible ou trop périlleux d'enlever ! »

Tel est bien, en effet, le vrai nœud de la question. On garde un pédicule parce qu'on ne peut faire autrement !

Reste à savoir si le dernier mot a été dit sur le sujet, si ce jugement est sans appel !

Le moignon formé par la partie inférieure de l'utérus est au moins inutile, souvent dangereux. Je n'en veux pour preuve que le soin jaloux avec lequel on s'efforce de l'amoindrir par tous les moyens possibles. On l'évide, on le creuse, on le réduit par des sutures profondes et superficielles ; on l'écrase dans des anses métalliques ou dans des liens de caoutchouc.

Le désir de se débarrasser de lui en le mettant à la porte de la cavité péritonéale, voire même de l'abdomen, est tel que, non content de le fixer dans la plaie, ou de le recouvrir avec de la séreuse, on a proposé de le faire basculer dans le vagin en ouvrant le cul-de-sac de Douglas !

Toute la chirurgie relative à l'hystérectomie évolue depuis des années autour de ce malheureux pédicule, et sa préoccupation constante est toujours de se protéger contre lui. »

« L'espoir d'enlever l'utérus en totalité par l'abdomen a toujours hanté le cerveau des chirurgiens.

Des procédés plus ou moins heureux ont été successivement proposés et ont donné quelques succès. M. Doyen, de Reims, a publié onze cas d'hystérectomie totale, couronnés dix fois de succès.

M. Guermonprez a extirpé deux utérus avec fibromes par la voie abdominale.

M. Lanelongue (de Bordeaux) a réussi également dans une entreprise semblable.

Quelques opérateurs ont encore obtenu de pareils succès, et cependant, malgré ces résultats encourageants, la méthode n'entre guère dans la pratique : on ne conclut pas volontiers à l'opération radicale en un seul temps.

Les principaux obstacles qui s'opposent à l'extirpation totale d'un utérus envahi par des fibromes sont : le volume, le poids et les adhérences. Ajoutons encore la situation encaissée au fond du petit bassin, du segment inférieur de l'utérus. Si donc, par un moyen quelconque, on parvenait à supprimer le poids, à rendre plus abordables les adhérences et à élever au-dessus du détroit supérieur les parties sur lesquelles il s'agit d'opérer, on aurait déjà singulièrement simplifié la question.

Dans le but de vaincre ces résistances, on a coutume de charger un aide vigoureux de soulever la tumeur, de l'incliner en différents sens, de façon à obtenir le plus de jour possible, et à rendre accessibles des points d'attache éloignés, fort difficiles à atteindre.

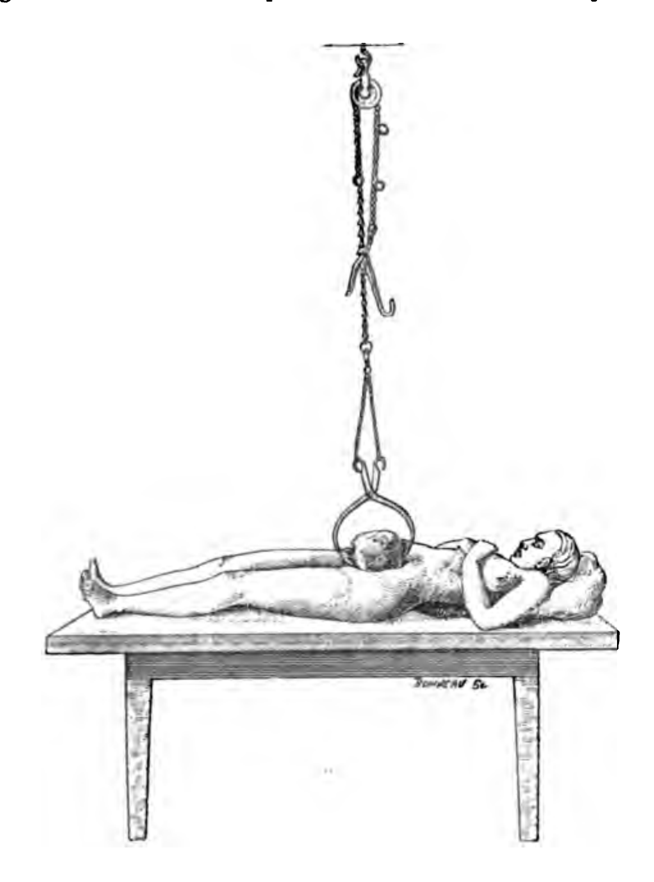
Toutes ces manœuvres sont très pénibles, impossibles même à soutenir longtemps.

L'aide dont on exige tant d'efforts prend une place considérable, et n'obtient d'ailleurs que des résultats relatifs.

Ce qui est certain, c'est qu'il est aussi gênant pour l'opérateur que gêné par lui.

J'ai donc eu pour objectif de me passer de cet aide encombrant en le remplaçant par une machine infatigable et docile. »

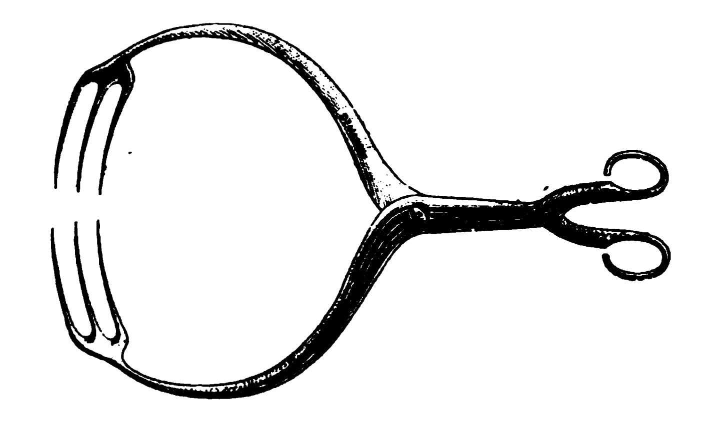
La première application de l'appareil eut lieu en mai 1892. Aug. Reverdin s'en servit pour enlever un fibrome du poids de



6 kil. 400 gram. L'opération y compris la narcose et le pansement dura 1 h. 50. Vingt-six jours après, la malade faisait cinq heures de voiture pour rentrer chez elle. Sa santé est aujourd'hui parfaite. Voici la description de l'appareil et la manière de procéder.

Il se compose d'une boucle fixée au plafond, boucle dans laquelle glisse une corde terminée par deux chaînettes suspendant

une pince. Cette pince pourra être une énorme pince de Museux ou mieux encore une sorte de pince-forceps spéciale, dont les



mors sont représentés par trois digitations qui compriment fortement la tumeur.

Des ouvertures ménagées à différentes hauteurs, sur le doigt médian de la pince, permettent d'y passer une forte broche qui traverse la tumeur de part en part. Plus on tire sur les branches de la pince, plus ses mors ont de tendance à se rapprocher, par conséquent à étreindre la masse saisie.

Dès que l'incision de la paroi abdominale est suffisante pour permettre d'aborder aisément le fibrome, on le saisit avec la pince aussi bas que faire se peut et autant que possible suivant son diamètre antéro-postérieur.

De cette façon la zone des ligaments larges, sur laquelle sont portés les premiers efforts, reste libre et peut être facilement attaquée.

On tire alors sur la corde. Cette première traction élève la tumeur de manière à faciliter le placement des pinces sur les ligaments larges, qu'on divise de proche en proche, au fur et à mesure qu'on descend le long des flancs de la tumeur.

On sectionne de la sorte, en ayant soin de couper toujours entre deux pinces, toutes les adhérences qui se présentent, tantôt à droite, tantôt à gauche.

On arrive peu à peu au niveau de la vessie qu'il faut dégager.

Plus on descend le long de la matrice, plus il faut se rapprocher d'elle, afin de relever sur ses faces antérieure et postérieure assez de péritoine pour pouvoir recouvrir le vide qui résultera de l'ablation totale de l'organe.

Une dernière traction amène bientôt le col à une hauteur tout à fait imprévue. Il est pour ainsi dire sous la main ; aussi, rien n'est plus aisé que de glisser sur lui la lame du bistouri et de pénétrer dans le vagin. Parfois un léger sifflement se produit au moment où l'air pénètre dans ce conduit. L'incision est faite de préférence sur la ligne médiane ; on saisit alors à droite et à gauche les parois vaginales avec deux pinces en L, qui permettent de maintenir le vagin solidement fixé pendant qu'on le détache de ses insertions utérines. On arrive forcément ainsi sur les artères utérines qu'on lie très aisément.

Pour que l'extirpation totale soit achevée, il suffit de contourner le col, le détachant de ses insertions postérieures.

On ferme alors le vagin par quelques points de suture et on adosse avec soin les feuillets des ligaments larges.

Il ne reste donc plus ni pédicule, ni solution de continuité au péritoine, ni même au vagin, à moins qu'il paraisse avantageux d'établir un drainage.

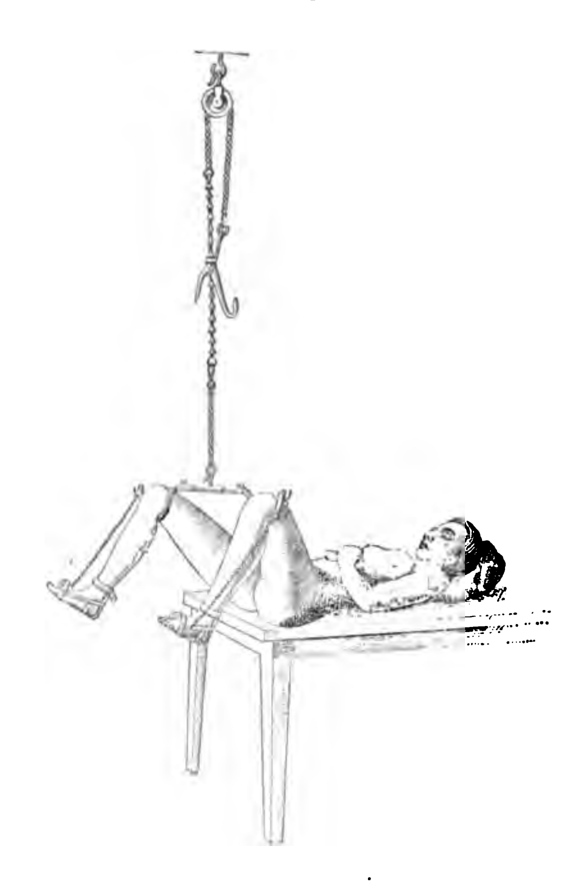
Les avantages du procédé résident surtout dans :

La simplicité de l'appareil; sa force; le peu de place qu'il occupe; la possibilité de diriger les tractions dans toutes les directions, tout en réglant exactement leur puissance; l'économie d'un aide; les attouchements beaucoup moins nombreux que par d'autres procédés ; et enfin, la hauteur à laquelle le vagin peut être amené. Pour toutes ces raisons la durée de l'opération est notablement raccourcie.

M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, a très avantageusement modifié l'appareil de soulèvement. Grâce à lui, l'aide chargé d'opérer la traction est devenu inutile; le chirurgien peut lui-même, et très facilement, élever et diriger à son gré la tumeur. M. Demaurex, de Genève, a de son côté construit un nouveau modèle, très bien compris également, peut-être un

peu moins facile à manier que celui de M. Collin, mais ayant l'avantage de coûter beaucoup moins cher.

Aug. Reverdin n'emploie pas, cela va sans dire, cet appareil dans tous les cas. Il le réserve pour les tumeurs d'un certain



volume ou bien encore dans le but de lutter d'une façon modérée, graduable, contre des résistances provenant soit d'adhérences, soit de ligaments trop courts. Mais en aucun cas, et ce serait là faire d'un appareil utile un appareil dangereux, il ne faut exagérer les tractions. Pour mon compte, il ne m'est jamais arrivé de voir survenir aucune déchirure, aucun accident ; j'ai toujours

été surpris de constater combien les tissus, sous l'influence d'une traction continue quoique modérée, cèdent peu à peu. Il arrive parfois que le dernier temps de l'opération, à savoir la désinsertion des culs-de-sac vaginaux au col utérin, se passe presque au dehors de l'abdomen, ou, tout au moins, au voisinage de sa paroi antérieure. On comprend aisément quelle facilité donne semblable déplacement pour terminer l'hémostase et les sutures de la tranche vaginale.

Cet appareil peut être, avec de légères modifications, appliqué, en dehors de l'extirpation des tumeurs, dans différents cas.

Pour l'élévation et l'écartement des membres inférieurs pendant les opérations gynécologiques, il suffit de remplacer la pince accrochée à l'appareil de soulèvement par une simple barre métallique dont les extrémités incurvées présentent une sorte de gorge large et confortable dans laquelle les jarrets trouvent à se loger. Pour éviter une compression trop pénible du creux poplité, une serviette placée entre ce dernier et la barre rigide, représentera une gouttière protectrice aussi simple qu'efficace.

Grâce à cet appareil, rien n'est plus facile que de pratiquer une périnéorrhaphie, un curettage utérin, une colporrhaphie.

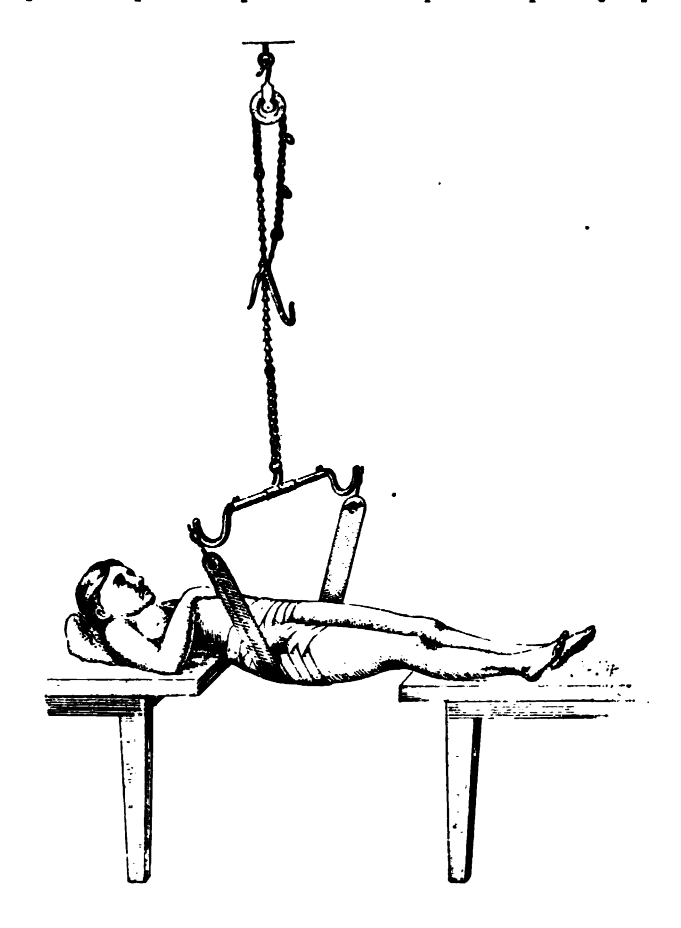
Le rôle des aides se borne alors à fort peu de chose: écarter les lèvres, tenir un manche de spéculum, faire une irrigation, passer les instruments et le pansement. On peut même à la rigueur faire tout seul et sans difficulté une périnéorrhaphie, ou telle autre opération qui nécessite habituellement un ou deux assistants.

Il est employé comme appareil à suspension du bassin pour l'application de pansements, bandages et appareils en faisant à la barre horizontale une simple adjonction.

On place sous le siège une courroie de cuir très fort, assez semblable à une courroie de transmission. Large de 10 centim., elle mesure plus d'un mètre de long. A 5 centim. de chacune de ses extrémités sont percés deux trous de 3 centim. de diamètre, dont les bords sont solidement affermis par une armature métallique, ne faisant aucune saillie, mais pénétrant au contraire dans l'épaisseur du cuir.

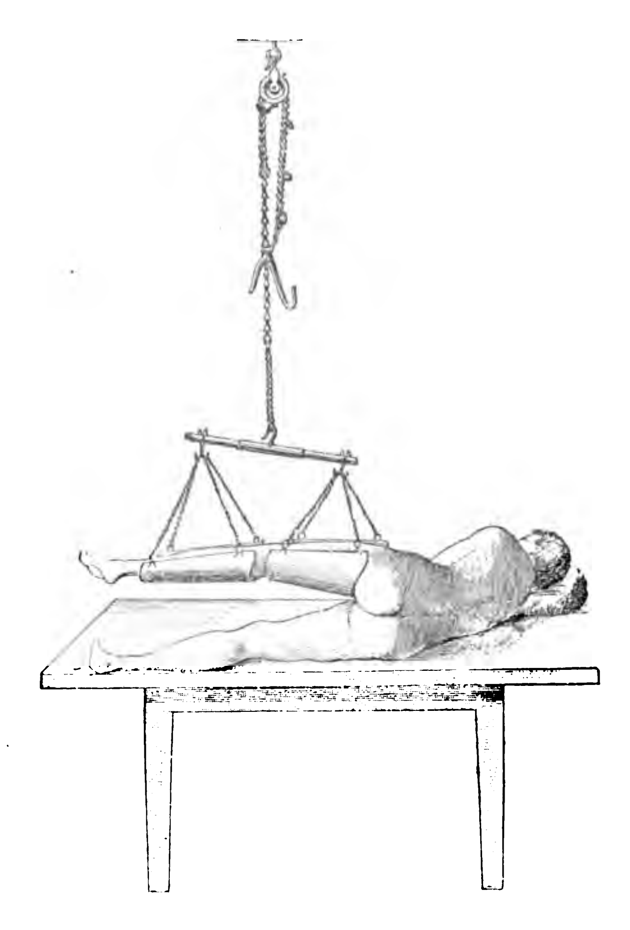
Ce revêtement, outre qu'il est facile à tenir propre, offre une grande résistance et protège très efficacement le cuir.

Deux forts anneaux, terminés par un crochet, se placent à chaque extrémité de la tige métallique et supportent la courroie. On place la partie supérieure du corps de l'opéré, jusqu'au



niveau de la région lombaire, sur une table quelconque ; sur une autre table, on fait reposer les membres inférieurs jusqu'à mi-cuisse, en ayant soin de les écarter assez pour que le passage des bandes soit aisé. Il suffit de placer la lanière de cuir au point

voulu, de la réunir aux crochets qui pendent de la barre horizontale, et de faire agir la traction pour avoir un appareil de soutien très commode, permettant de poser un bandage plâtré ou autre sans la moindre difficulté.



A. Reverdin entoure la lanière de cuir d'une gaîne de toile, sortant de l'étuve, et qui reste dans le pansement lorsqu'on a enlevé la courroie qu'on retire sans effort.

Pour les cas où la position latérale de l'opéré est indispensable, comme dans les résections du rectum, ou simplement

utile (hémorrhoïdes, fistules, fissures, certaines ruptures du périnée), deux simples gouttières en métal, supportant, l'une la cuisse, l'autre la jambe, nous rendront les plus grands services. Des chaînes disposées comme celles d'une balance permettent de les suspendre à la branche métallique horizontale. Grâce aux boucles folles dont est munie chaque chaîne, l'équilibre est toujours assuré.

L'appareil à traction est le même pour tous les cas; il suffit d'y accrocher la pince à tumeurs, la barre fixe pour les jarrets, la courroie pelvienne, ou les gouttières suivant l'intervention résolue.

Siège-escalier.

Les opérations sur le vagin et le périnée sont parfois fort pénibles pour le chirurgien à cause de la position difficile qu'il doit garder. Il est en effet aussi fatigant que désagréable d'avoir à opérer à bout de bras, même pour quelques minutes seulement. C'est pour remédier à cet inconvénient qu'Auguste Reverdin a fait construire un *siège-escalier*, en métal, avec deux montants hauts d'un mètre environ. Ce petit meuble se place devant la table sur laquelle la malade est couchée. A sa partie supérieure, fixée sur les deux montants, est une barre de fer transversale qui sert de soutien:

1° Aux pieds de l'opérée ;

2° Aux avant-bras du chirurgien ;

3° A un tablier de caoutchouc ou de métal, qui va se fixer d'autre part sous les fesses de la malade.

Ce tablier a la forme d'un large sac, son fond est percé de trous qui permettent aux liquides employés pendant l'opération de s'écouler, par un gros tuyau de caoutchouc, dans un récipient posé à terre. En somme, le chirurgien se trouve assis dans une position aussi peu fatigante que possible.

Une douche suspendue au-dessus de la table permettra le nettoyage et la désinfection facile du champ opératoire.

Cet escalier sert également de point d'appui, quand on veut

utiliser le nouveau brancard de Reverdin comme *plan incliné*.



L'assistant chargé de l'anesthésie est commodément assis sur ce siège pendant qu'il administre éther ou chloroforme.

Je ne fais que mentionner en passant le **Lit Brancard-plan incliné**, car il vient d'être présenté au dernier Congrès de chirurgie (Paris, 1898).

Savon chirurgical.

Le savon a une telle importance en chirurgie qu'il serait regrettable de ne pas parler de celui que fait préparer A. Reverdin d'après une formule spéciale. Il est destiné à remplacer les savons roses ou verts, d'aussi mauvaise qualité que de parfum indiscret, qui ornent trop souvent les lave-mains des maisons particulières et même des hôpitaux.

Kummel de Hambourg, Hebra de Vienne, Bottini de Pavie et d'autres se sont également préoccupés de ce précieux auxiliaire de la toilette antiseptique.

Voici la formule de ce savon appelé : « *Savon chirurgical* ».

Huile d'amandes douces	72	parties
Lessive de soude	24	—
Lessive de potasse	12	—
Sulfo-phénate de zinc	2	—
Essence de roses	9	—

La manipulation se fait comme pour les savons en général.

La préparation consiste à ajouter à l'huile les lessives et la solution de sulfo-phénate de zinc par portions et lentement, afin d'obtenir, par une agitation constante, un mélange intime. Maintenir le récipient pendant plusieurs jours à une tempéra-



Savon gynécologique.

ture de 20°. On agite la masse jusqu'à consistance d'une pâte molle, et on laisse la solidification s'opérer dans des moules.

Ce savon ne dessèche pas la peau. La potasse le rend plus actif que le savon à base exclusivement sodique, car cet alcali exerce sur la couche cornée de l'épiderme un action dissolvante plus énergique que celle de la soude. Il a été également employé avec succès dans quelques affections cutanées.

La même pâte sert à la préparation d'un savon de forme spéciale « *Savon Gynécologique* » très commode pour la désinfection du vagin qui est représenté par la figure. Il sera présenté prochainement à la Société de chirurgie.

Reste à parler du *catgut*. Je veux appeler l'attention sur sa préparation par la chaleur sèche.

M. A. Reverdin l'a publiée en 1888, après deux années d'expériences bactériologiques conduites avec beaucoup de soins par M. Léon Massol, à Genève, et par M. le Dr Bovet, à Berne. Les résultats ont été confirmés par des expériences portant sur des animaux, puis sur l'homme.

M. A. Reverdin a une confiance absolue dans ce mode de désinfection, et, depuis cette époque, il n'a pas cessé de s'en servir et de le recommander aux praticiens. Personnellement j'ai pu constater, pendant des années, la parfaite asepsie de ce produit, sa grande solidité et sa résorption qui s'opère en temps voulu. Jamais ce catgut, bien préparé, ne donne lieu à de la suppuration ; les tissus le tolèrent absolument, si bien qu'il ne m'est jamais arrivé de voir une ligature rejetée par l'organisme. Pour les détails de la préparation, voir *la Revue médicale de la Suisse Romande*, 1888, nos 5 et 9.

L'avantage de ce catgut est dans la rapidité de sa préparation (six heures), le bas prix de celle-ci, sa simplicité, la solidité qui n'est pas amoindrie par le passage dans l'étuve, et, par-dessus tout, l'absolue sécurité au point de vue de la stérilisation.

Le professeur Auguste Reverdin a encore fait construire de nombreux instruments, mais comme ils ne sont pas restés dans sa pratique courante et qu'il ne leur attribue pas lui-même une grande importance, je juge inutile d'en faire mention.

La plupart des modèles ont été établis à Genève par M. Demaurex, puis repris, et parfois améliorés par M. Mathieu et M. Collin, de Paris.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES
SUR LE CANAL GÉNITAL DE LA FEMME (1)

Par **J. Hallé**
Ancien interne des hôpitaux.

I. — Description des micro-organismes.

Avant d'exposer nos recherches et nos observations, nous croyons plus simple de donner successivement la description des espèces bactériennes que nous avons isolées et étudiées. Cela nous évitera des répétitions qui se seraient produites fatalement pour chaque cas.

§ 1. — Microbes aérobies.

Gonocoque de Neisser (2). — Déjà après 24 heures de séjour à 37°, cet organisme apparaît sous la forme de petits points blancs transparents, humides, d'aspect muqueux, ressemblant parfois aux gouttelettes du pus qu'on a déposé à la surface du milieu. Les jours suivants, ces colonies grossissent, s'étalent mais restent plates, translucides. Lorsqu'on veut les prendre avec l'aiguille de platine, on constate qu'elles sont gluantes et filantes, mucoïdes ; elles végètent par la périphérie. Les bords sont quelquefois finement dentelés ; le centre se dessèche et devient moins transparent. Elles sont peu adhérentes à la gélose et une goutte d'eau les enlève assez facilement. Lorsque

---

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, t. L, déc. 1898, page 418.

(2) Nous donnons ici un peu longuement les caractères du gonocoque, surtout ses caractères de culture, parce que nos résultats diffèrent un peu de ceux donnés par quelques auteurs.

l'ensemencement est discret, et les colonies bien séparées, elles peuvent acquérir plusieurs millimètres de diamètre ; lorsqu'elles sont très près les unes des autres, elles forment de petits points parfois confluents. Les colonies quelquefois ne poussent pas toutes en même temps et on voit de toutes petites colonies apparaître un jour ou deux après les autres, ces dernières ayant déjà un certain volume.

Sur plaque de gélose-sérum (procédé de Wertheim) ou sur plaque de gélose-ascite, ce microcoque donne au bout de vingt-quatre heures de fines colonies qui apparaissent comme de petits points blanc-gris. Examinées à un faible grossissement, ces colonies forment de petites taches finement granuleuses, jaunâtres, à bords légèrement ondulés, très fins ; le lendemain elles sont plus grosses, d'un brun jaunâtre, arrondies ou plus souvent ovales, lenticulaires ou irrégulières. Lorsque la colonie arrive à la surface de la gélose, elle devient tout à fait caractéristique. A l'œil nu, on voit une couche fine, très transparente. A un faible grossissement, on constate, au centre de la colonie, un point brun jaunâtre, plus opaque, qui n'est autre chose que la partie de la colonie située dans l'épaisseur de la gélose ; tout autour on voit un nuage léger, très transparent, incolore, très mince et finement granuleux ; les bords sont tellement translucides qu'il est difficile de les délimiter. La partie profonde ne progresse pas, mais la colonie à la surface peut atteindre 1 à 2 millimètres de diamètre.

Ensemencé à la surface de tubes de gélose-ascite, ce coccus donne le long des stries de petites colonies plus ou moins confluentes qui ont les caractères identiques des colonies en surface décrites plus haut. Les cultures végètent par la périphérie et peuvent atteindre plusieurs millimètres quand le milieu est favorable.

Ce microcoque pousse facilement dans le bouillon ordinaire additionné d'un tiers de sérum d'ascite. Il trouble légèrement le milieu, forme une mince pellicule à la surface et un dépôt floconneux au fond des tubes.

Nous n'avons pas pu obtenir de culture appréciable dans le

bouillon simple ordinaire, ni sur gélose à l'urine. Sur gélose ordinaire récemment faite, très humide, contenant encore de l'eau au fond du tube, on peut quelquefois obtenir une première culture maigre après ensemencement de pus, mais on ne peut que rarement faire des cultures successives sur ce milieu.

Les cultures ne se font qu'à l'étuve à 35°-38°, par conséquent on ne peut faire de culture sur gélatine solide. Nous avons fait des cultures à 37° dans un mélange de gélatine et de liquide d'ascite ; ce microcoque y pousse comme dans le mélange de bouillon et de sérum. Si, après un séjour de quarante huit heures et plus à l'étuve, on retire ces cultures sur gélatine, on voit le milieu, qui était liquide, faire prise en se refroidissant ; le gonocoque n'avait donc pas liquéfié la gélatine.

Les cultures meurent assez facilement et on doit les réensemencer tous les huit jours. On arrive ainsi à garder vivants pendant des mois des échantillons de gonocoques.

Dans les milieux rigoureusement privés d'oxygène, ce microbe ne se développe pas ; nous avons assayé sur gélose-ascite et sur bouillon-ascite des cultures anaérobies, jamais nous n'avons vu de développement appréciable. Il est facile de se rendre compte de ce besoin d'oxygène par une expérience très simple. Dans des tubes contenant de la gélose-ascite en couche profonde (10 centimètres de hauteur), on ensemence pendant que le milieu est liquide un peu de ce microcoque. On fait prendre rapidement la gélose par l'eau froide et on met à l'étuve. On voit que la culture se fait exclusivement à la surface et à 1 millimètre au plus de profondeur dans l'épaisseur du milieu. Toutes les parties profondes restent stériles.

Une contre-expérience permet d'arriver à une conclusion identique. Si dans un des tubes ainsi préparés et où le gonocoque s'est dévéloppé seulement à la surface, on plonge une large pipette stérilisée et que par aspiration on enlève un cylindre d'agar-ascite, on voit sur tout le pourtour du cylindre creux qui en résulte et autour de la perte d'agar, se développer des colonies de gonocoque, sur plusieurs millimètres d'épaisseur. Il

suffit donc d'introduire de l'air au contact des organismes ensemencés pour obtenir leur pullulation (1).

La morphologie du gonocoque en culture est analogue à celle qu'il présente dans le pus; cependant il y a quelques différences. Qu'il soit en coccus isolé ou en diplocoque, il a ce caractère d'être irrégulier comme grosseur et comme forme. En effet, dans la même préparation on trouve des éléments plus petits que les cocci observés dans le pus et tout à côté des éléments plus gros. D'autre part, si on les examine à un fort grossissement, on voit que beaucoup de ces micrococques ne sont pas parfaitement ronds, ils ressemblent plutôt à de petits cubes à angles arrondis; beaucoup, surtout les gros, sont en voie de division. Placés les uns à côté des autres, ils ne paraissent pas se toucher; ils ne sont ni en grappes comme les staphylocoques, ni en chaînettes comme les streptocoques. Ces caractères se retrouvent identiques dans les coupes.

Les gonocoques se colorent facilement par les couleurs d'aniline avec les procédés ordinaires. Ils ne se colorent pas par la méthode de Gram.

De nombreuses cultures de cet organisme ont été inoculées à différents animaux, à doses assez considérables, sans effet pathogène appréciable. De fortes doses inoculées dans le péritoine de souris ont causé quelquefois la mort avec péritonite. On retrouvait alors le gonocoque vivant à l'intérieur des leucocytes et des cellules endothéliales.

Maintes fois nous avons comparé les cultures de gonocoques retirées de sources différentes; nous avons toujours constaté la complète identité des divers échantillons. Jamais nous n'avons trouvé d'organismes méritant ni par leurs caractères de culture, ni par leurs propriétés tinctoriales la dénomination de pseudo-gonocoques.

Le gonocoque paraît donc être une espèce particulièrement fixe.

(1) On voit que nos résultats sont différents de ceux de Wertheim. Cet auteur considère en effet le gonocoque, comme un microbe facultativement anaérobie.

Bacille pseudo-diphtérique. — Ce bacille a été obtenu sur les tubes de gélose ordinaire, de gélose ascite et surtout sur les tubes de sérum de bœuf.

Sur la surface du sérum, après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve, les colonies apparaissent comme de petits points blancs, opaques ; elles sont surélevées, assez adhérentes à la gélose, et simulent absolument les colonies de bacilles diphtériques provenant de l'ensemencement direct d'une angine. Cependant, au bout de quarante-huit heures, les colonies de ce pseudo-diphtérique se distinguent de ces dernières en ce qu'elles restent plus aplaties, plus sèches, plus adhérentes au milieu, moins opaques.

Sur gélose-ascite, ce bacille donne des colonies blanches assez épaisses et opaques, poussant rapidement. Il se développe de même sur gélose ordinaire.

Il pousse rapidement dans le bouillon alcalin ou même légèrement acide; il le trouble les premiers jours, et forme ensuite un dépôt blanc, épais, au fond du tube, dépôt plus lié, presque glaireux, moins sablonneux que celui formé par le bacille de Lœffler. Il y a aussi parfois un dépôt sur les parois du tube et un léger voile à la surface.

Sur pcmme de terre, à 37°, il donne un enduit blanchâtre peu épais, sec, à bord sinueux; après plusieurs jours la culture devient gris sale.

Sur gélatine, il donne, en strie, un enduit blanc, épais, opaque; en piqûre, le long du trait d'ensemencement on voit se développer de petites masses rondes, blanches, opaques, plus ou moins confluentes. Le milieu n'est pas liquéfié.

C'est un bacille de taille assez variable, rappelant *les formes courtes* du bacille de la diphtérie. Les bouts sont arrondis, parfois renflés. Il est immobile. Il se colore par des couleurs d'aniline et par la méthode de Gram. Il se développe aussi bien à l'abri de l'oxygène qu'à l'air libre. Il ne fait fermenter ni la maltose, ni la lactose, mais il attaque la glycose.

Les inoculations à la souris, au cobaye, au lapin, faites à maintes reprises, à doses variables et dans des conditions diffé-

rentes ont montré que ce microbe n'avait aucun pouvoir pathogène pour ces animaux.

Bacille en massue de Weeks. — Ce bacille pousse, comme le précédent, sur les tubes de gélose, de gélose-ascite et surtout de sérum.

Sur la surface du sérum de bœuf, il donne au bout de vingt-quatre heures des colonies blanches semblables à celle du bacille précédent et qui, elles aussi, simulent les colonies du bacille diphtérique; les jours suivants, elles s'en différencient par une

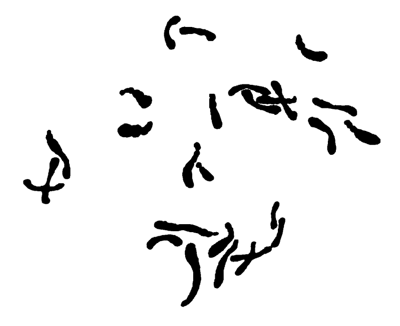


Fig. 1. — Bacille en massue de Weeks (culture pure). Obj. 1/12. Ocul. 4.

plus grande sécheresse, elles restent plus minces, deviennent cassantes, à bords légèrement sinueux.

Sur gélose-ascite, on obtient, après vingt-quatre heures, de petites colonies blanches, beaucoup moins épaisses que celles du pseudo-diphtérique précédent, elles se développent plus lentement et sont toujours moins opaques.

Sur gélose ordinaire, les colonies sont bien différentes. D'abord identiques à celles du streptocoque pyogène, elles sont très fines et transparentes. Elles poussent lentement et deviennent ensuite grisâtres, très sèches, fendillées ; les bords sont alors très dentelés, presque dendritiques.

Sur gélatine à 20° il ne pousse pas, à 24° on obtient très lentement de petits points blancs à peine visibles et qui restent extrêmement petits.

Il ne trouble pas le bouillon, mais donne un fin précipité poussiéreux, peu abondant, qui tombe au fond du tube.

On ne voit pas de développement appréciable sur pomme de terre.

Au microscope, on constate un bacille immobile, de taille variable, analogue au bacille pseudo-diphtérique, mais présentant, d'une façon à peu près constante, une extrémité renflée en massue. Dans la même colonie les bacilles sont très inégaux ; on voit souvent des bacilles en !.

Il se colore par toutes les couleurs ordinaires et par la méthode de Gram.

Il est exclusivement aérobie et ne fait fermenter, ni la maltose, ni la lactose, ni la glycose.

Il n'est pathogène ni pour la souris, ni pour le cobaye, ni pour le lapin.

Ce bacille est identique au bacille en massue que Weeks (1) a trouvé sur la conjonctive saine et malade, bacille que Morax (2) a retrouvé et parfaitement décrit.

Nous avons appelé ces deux bacilles « pseudo-diphtériques » parce que lorsqu'on ensemence du pus de la vulve sur sérum on obtient, en vingt-quatre heures, par le développement de leurs colonies un aspect tout à fait semblable à celui qu'on voit sur les tubes de sérum ensemencés avec l'exsudat d'une angine diphtérique. Un examen plus sérieux permet de voir que non seulement ces deux microbes sont différents l'un de l'autre, mais qu'aussi ils ne peuvent être confondus avec le bacille diphtérique.

Ce n'est donc que par quelques caractères assez grossiers qu'ils se ressemblent entre eux et ressemblent au bacille de Lœffler. Cependant l'existence fréquente de ces bacilles sur la vulve et la conjonctive est très importante à connaître pour éviter un diagnostic erroné de diphtérie (3).

(1) WEEKS. *Archiv of ophtalmology*, vol. XV, 1886.

(2) MORAX. *Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire*. Thèse Paris, 1894.

(3) Nous avons ensemencé pendant notre internat chez M. Brun un grand

Streptocoques. — STREPTOCOQUE PYOGÈNE. — Nous ne décrirons pas cet organisme; toutes les fois que nous l'avons rencontré, il s'est montré avec ses caractèrcs habituels. Il avait toujours un certain degré de virulence, variable il est vrai, mais donnait au moins un abcès local à la cuisse de la souris, un érysipèle à l'oreille du lapin, etc...

Jamais il n'a donné de culture sur pomme de terre.

STREPTOCOQUE NON PATHOGÈNE. — (Streptocoque brevis de Lingelsheim ?) (Streptocoque de la salive. VEILLON.) Cet organisme a été isolé sur les tubes de gélose ordinaire ou de gélose-ascite, où il donne de petites colonies blanchâtres, peu épaisses, transparentes, légèrement bleutées; elles restent toujours plus petites, et moins épaisses que celles du streptocoque de l'érysipèle.

Dans le bouillon, il pouse facilement en le troublant peu ou pas, et en donnant un dépôt floconneux.

Sur gélatine à 20°, nous n'avons pas eu de culture.

Sur pommes de terre, on obtient un développement lent, les colonies y sont très petites, d'un blanc crémeux et très discrètes. Il est exceptionnel de trouver plus de quelques colonies sur le même tube de pommes de terre. Il se développe lentement, 8 ou 10 jours au minimum. Les colonies poussées sur pommes de

nombre de conjonctivites de nature très différente. Nous avons pu ainsi nous rendre compte que ces deux bacilles étaient des hôtes normaux et presque constants de la conjonctive saine ou malade, que la ressemblance des colonies de ces deux organismes avec les colonies du bacille de Lœffler sur sérum après 24 heures pouvait amener à faire faire bactériologiquement des diagnostics de diphtérie oculaire dans des cas où la diphtérie est absolument étrangère. L'inoculation à l'animal peut permettre de savoir si le bacille isolé de la conjonctive est ou n'est pas diphtérique. Mais, par contre, les caractères de culture sur différents milieux des bacilles speudo-diphtériques précédemment décrits peuvent, croyons-nous, trancher également la question. Il y a donc toujours intérêt à ne pas ensemencer seulement une sécrétion oculaire sur le sérum seul, mais au moins en même temps, sur l'agar ordinaire, et l'agar ascite pour différencier les espèces et obtenir s'il y a lieu le gonocoque.

Ces considérations sont absolument applicables aux autres muqueuses, nasale, buccale, vaginale, utérine.

terre montrent sur lamelles des formes un peu spéciales. Au lieu de chaînettes courtes, on a souvent sur pommes de terre des grains ovoïdes, rappelant un peu l'aspect d'un véritable strepto-bacille en courtes chaînettes. Mais repris sur agar, bouillon, etc., ce streptocoque reprend tous les caractères propres aux streptocoques.

Pour avoir des colonies sur pommes de terre, il faut avoir soin de faire des ensemencements abondants, et de tenir le tube bouché avec un capuchon de caoutchouc pour éviter la dessiccation du milieu.

Ce streptocoque forme des chaînettes plus ou moins longues, mais il est caractérisé par l'inégalité de ses grains, qui sont les uns très petits et les autres plus gros que ceux du streptocoque pyogène. On voit aussi souvent dans les cultures, des formes involutives géantes.

Ce streptocoque se colore facilement par les méthodes ordinaires et reste coloré par la méthode de Gram.

Il n'a donné aucune lésion appréciable à la souris, ni au lapin, ni au cobaye, soit en injection sous-cutanée, soit en injection intra-veineuse, bien que nous ayons inoculé de nombreux animaux avec des doses très variées.

Cet organisme est identique à celui que Veillon (1) a décrit et qu'il a trouvé dans la bouche des personnes saines, ou atteintes d'angine ; il est analogue à une des espèces que V. Lingelsheim (2) a décrites sous le nom de streptococcus brevis. Il paraît également se rapporter à la description du streptocoque poussant sur pomme de terre que Marot (3) a décrit dans sa thèse.

STREPTOCOQUE TENUIS (VEILLON). — Nous avons isolé, dans un nombre assez restreint de cas, une espèce de streptocoque différente des précédentes et qui répond exactement à une petite espèce décrite également par Veillon.

Cet organisme est formé de cellules très fines, beaucoup plus

(1) VEILLON. Thèse de doctorat, Paris, 1894.

(2) VON LINGELSHEIM. *Zeit. für Hygiene*, Bd. X, 1891 et 1892.

(3) MAROT. *Sur un streptocoque*. Thèse de Paris, 1893.

petites que celles du streptocoque non pathogène, décrit plus haut. Les éléments ne sont seulement franchement arrondis que dans le bouillon et le liquide du fond des tubes. Dans les colonies, il forme des chaînettes d'éléments ovoïdes, presque bacillaires, chaînettes toujours courtes. Il ressemble beaucoup parfois au pneumocoque.

Il se colore facilement par les couleurs d'aniline, reste coloré après la méthode de Gram.

Sur gélose, cet organisme forme des colonies très fines, très translucides, à peine visibles à l'œil nu; plus petites que celles du pneumocoque. On ne les voit que sur les tubes d'agar très transparent.

Il trouble peu le bouillon, donnant un très léger dépôt floconneux. Il ne pousse pas sur gélatine, car il ne se développe qu'à l'étuve à 37°. Aux caractères précédents donnés par Veillon, nous en avons ajouté quelques autres en étudiant les propriétés des échantillons isolés par nous.

Cet organisme se développe beaucoup mieux que les autres streptocoques, sur les milieux additionnés de liquide ascitique; ses colonies peuvent alors prendre un développement assez considérable, qu'elles n'ont jamais sur agar ordinaire.

Le streptocoque tenuis est un organisme aérobie forcé. Nous avons plusieurs fois étudié ses propriétés à ce sujet ; jamais nous n'avons observé de développement à l'abri de l'air.

Inoculé aux animaux, souris, lapin, cobaye, il ne s'est jamais montré pathogène dans aucun cas.

Cet organisme peut donc être différencié du pneumocoque, par l'ensemble de ses caractères de culture, et ses propriétés biologiques.

Staphylococcus epidermitis albus. — Cet organisme est un gros microcoque, qui pousse abondamment sur gélose en donnant des colonies blanches et épaisses. Il pousse sur gélatine qu'il liquéfie très lentement et très imparfaitement.

Il se colore par la méthode de Gram.

Nous n'avons jamais obtenu avec lui d'effet pathogène, ni en

inoculation intra-veineuse, ni en inoculation sous-cutanée. Cet organisme est identique à celui que l'on trouve communément sur la peau, et que Bodin, Sabouraud, etc., désignent sous le nom de micrococcus cutis communis (1).

Nous décrirons encore les caractères d'un organisme que nous avons rencontré assez souvent dans le canal génital de la femme, dans le pus des bartholinites et le col de l'utérus.

C'est un bacille assez long, fin, assez facile à colorer, qui tantôt se présente en amas, tantôt par deux. Les éléments accolés s'effilent souvent à l'autre extrémité.

Cet organisme reste coloré après la méthode de Gram.

Il ne se développe jamais en culture abondante.

Sur agar ordinaire très humide, il pousse en donnant des colonies à peine visibles, qui rappellent celles du pneumocoque. Il se développe beaucoup mieux sur sérum, et surtout sur agar-ascite.

Il trouble le bouillon ordinaire d'une façon très légère, et pousse mal dans ce milieu.

Il ne pousse pas sur pomme de terre, ni sur gélatine.

Il a été inoculé plusieurs fois sans rien amener d'anormal au point d'inoculation.

§ 2. — **Microbes anaérobies.**

Micrococcus fœtidus. (Veillon.) — Cet organisme a été rencontré dans le vagin, à l'état sain, dans l'exsudat de rétentions placentaires, dans le pus des bartholinites.

Il se présente dans le pus sous la forme de cocci isolés ou de diplocoques. Il a le même aspect dans les différents milieux. Dans le bouillon, il forme en outre de véritables chaînettes, courtes il est vrai, de quatre à cinq éléments ; aussi le nom de streptocoque lui conviendrait-il aussi bien.

Les grains des chaînettes nous ont toujours paru identiques.

(1) Sabouraud. Étude clinique et expérimentale sur les origines de la pelade. *Ann. Dermat. et Syphilig.*, 1896.

Jamais nous n'avons constaté de mouvement propre.

La taille de ce coccus est à peu près celle du streptocoque pyogène, mais il varie un peu de taille suivant les échantillons.

Il se colore facilement par toutes les couleurs d'aniline, moins bien cependant que le streptocoque pyogène. Comme les streptocoques, il reste coloré par la méthode de Gram.

Cultures. — Nous n'avons pu obtenir des cultures de cet organisme sur milieu aérobie en surface.

Ce coccus paraît bien être un *anaérobie* obligé.

Sur agar sucré profond, il forme des colonies un peu variables de taille, blanchâtres, n'ayant aucun caractère bien spécial, qui se développent habituellement après 48 heures ou même parfois 24 heures. Les colonies s'arrêtent à un ou deux centimètres de la surface du tube.

Sur agar sucré ascite, en tubes profonds, il se développe abondamment.

Sur gélatine sucrée, pas de colonie à la température de la chambre.

Sur agar sucré, acidifié par l'acide lactique, il ne se développe pas.

Sur bouillon sucré dans le vide, il se développe à la manière des streptocoques; il forme de petits grains assez volumineux, de taille variable, nageant dans le liquide, sans que celui-ci soit notablement troublé. Au repos, ces grains se réunissent dans le fond et le bouillon devient clair. Ce caractére de ne pas troubler le bouillon persiste dans la suite.

Ce coccus ne se développe qu'à la température de l'étuve.

Les cultures de cet organisme répandent une odeur désagréable, assez pénétrante.

Rarement, il y a développement de gaz.

Role pathogène. — Nous n'avons inoculé que des cultures pures, le plus souvent avec une partie de l'agar du tube.

Les résultats de ces inoculations ont été assez variables.

Nous n'avons rien obtenu en inoculant une fois une culture pure sur bouillon dans la veine de l'oreille d'un lapin. Deux fois les inoculations au cobaye sous la peau ont été négatives;

une fois en inoculant une culture sur bouillon; l'autre fois, il s'est produit une induration locale qui a guéri.

Sept fois, il s'est produit des abcès par inoculation sous la peau du cobaye, après un temps variant de quelques jours à un mois. Le pus de ces abcès était crémeux, épais, caséeux même dans les abcès anciens. Ces collections guérissaient, soit le plus souvent par ouverture spontanée, soit parfois par résorption lente. Le pus n'avait pas de caractère fétide.

Le coccus inoculé se retrouvait à l'état de pureté sur lamelles et en culture dans le pus des abcès expérimentaux.

Dans un autre cas, il s'est produit une large gangrène sèche qui a gagné toute la face ventrale de l'animal qui a succombé en quatre jours. Les coupes histologiques d'un fragment de tissu prélevé au niveau des parties de la gangrène en voie d'extension montrent sous le microscope, un coccus gardant le Gram, existant à l'état de pureté, infiltrant les tissus, contenu dans les tissus, contenu dans les petits vaisseaux et identique au microbe inoculé.

Nous avons tenté de reproduire plus sûrement ces gangrènes en associant au coccus précédent, soit le staphylocoque doré, soit le coli-bacille, soit le gonocoque.

Nos expériences n'ont réussi qu'avec le staphylocoque doré. Nous avions choisi un staphylocoque doré de virulence connue, donnant de petits abcès au cobaye.

L'organisme auquel nous donnons le nom de micrococcus fœtidus nous paraît identique à celui rencontré par Veillon dans trois cas de suppuration fétide (angine de Ludwig, plegmon périnéphrétique, et bartholinite) (1). Il est possible qu'il soit le même que celui rencontré par Menge et Krönig (2) dans le vagin et qu'ils décrivent sous le nom de streptocoque. Cependant nous n'avons jamais observé les formes en longues chaînettes.

Bacillus funduliformis. — Cet organisme a été trouvé dans

(1) VEILLON. Sur un microcoque anaérobie trouvé dans des suppurations fétides. *Société de Biologie*, 29 juillet 1893.

(2) MENGE et KRÖNIG. *Loc. cit.*

le vagin, à l'état sain, dans l'exsudat des rétentions placentaires, dans le pus des bartholinites.

Ce bacille se présente dans le pus de provenance humaine, et dans les sécrétions d'où il a été isolé, sous la forme d'un bâtonnet généralement un peu incurvé.

Dans le pus, on le trouve, soit dans les leucocytes où il forme de petits amas; soit disséminé entre les cellules; dans les cas où il existait seul dans le pus, il n'était jamais très abondant.

Cet organisme nous a toujours paru immobile.

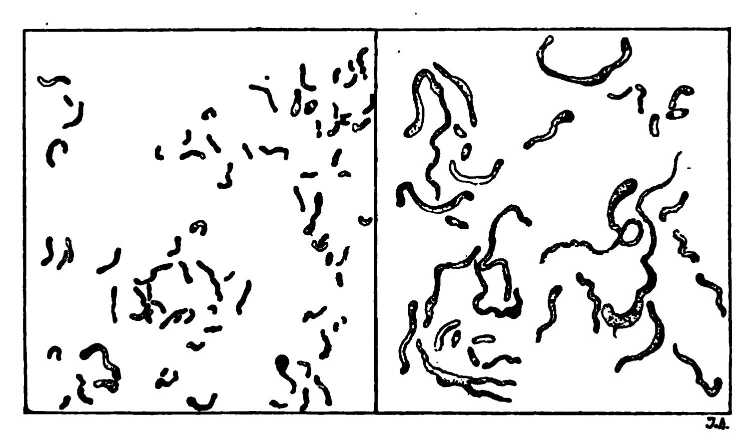


FIG. 2. — Bacillus funduliformis. Forme commune et formes géantes plus rares.

Ce bacille présente des aspects morphologiques qui méritent d'être signalés. Dans le pus, il se montre sous la forme d'un bâtonnet assez fin. Mais il est, généralement, légèrement incurvé; il prend mal les couleurs, quelquefois ses extrémités sont mieux colorées que le centre.

En culture pure, sa forme est très variable, et dans nos premières cultures, nous avons longtemps cru à des impuretés, quand nous étions en présence des formes si différentes qu'il peut prendre. Nous avons pu cependant nous assurer qu'il s'agissait bien d'une seule espèce.

Tandis que souvent il offre l'aspect qu'il a dans le pus, sou-

vent aussi, à côté des bacilles incurvés mal colorés, on trouve dans la même colonie des formes beaucoup plus volumineuses, mais se rattachant aux précédentes par toute une série d'intermédiaires. Le bacille s'allonge, devient tortueux, se renfle aux extrémités, ou bien s'élargit, devient trapu, et prend des aspects de massues ou de larmes. On voit aussi des sortes de boules non colorées qui ne sont cependant pas des spores (fig. 4).

D'autres fois, ce microbe prend en culture la forme de longs

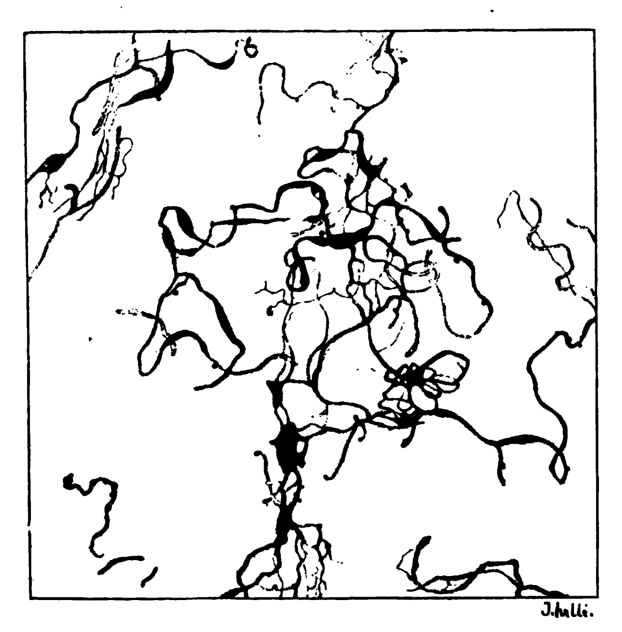


FIG. 3. — Bacillus funduliformis. Formes ramifiées (rares).

filaments flexueux, parfois bifurqués, ne laissant pas voir de spores dans l'intérieur du protoplasma ; il se renfle souvent en un point, et à ce niveau il se colore beaucoup plus fortement.

Quelquefois, il atteint un développement extrême : ses extrémités s'allongent, se bifurquent, se dilatent ensuite pour se réunir par de fins tractus. Ces formes branchues, ramifiées très élégantes sont vivaces, se reproduisent un certain temps en

culture successive, sans que rien dans le milieu nutritif, la durée de séjour à l'étuve, etc., nous ait permis de prévoir telle ou telle forme. Toujours, on retrouve dans les colonies à éléments branchus des formes franchement bacillaires.

Dans les cas où les colonies renferment des variétés ramifiées, rien n'est changé à l'aspect macroscopique des colonies.

Quand on inocule ces variétés, on ne les retrouve pas dans le pus des abcès que l'on provoque, mais on voit seulement les formes intermédiaires allongées ou à renflement.

Nous avons désigné cet organisme sous le nom de bacillus funduliformis à cause de ses renflements en forme de boudin.

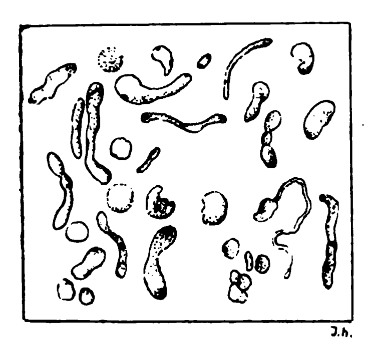


FIG. 4. — Bacillus funduliformis. Formes en boules.

Le bacille est difficile à colorer; aucune substance ne nous a donné de très bons résultats. Il ne reste pas coloré après la méthode de Gram.

CULTURES. — Nous n'avons jamais pu avoir de culture de cet organisme en milieu aérobie (agar, agar Wertheim, agar Pfeiffer, etc...).

Tout nous a montré qu'il s'agissait d'un organisme *anaérobie* strict. Il ne pousse qu'en présence d'un milieu réducteur, ou à l'abri de l'air.

En agar sucré profond, il se développe assez lentement, surtout s'il vient du pus (6 jours dans un cas). Dans les réensemencements, il pousse plus vite ; et ses colonies sont déjà souvent

visibles au bout de deux jours. Jamais, même séparées, elles n'atteignent un gros développement.

A l'œil nu, elles sont blanc jaunâtre.

Sous le microscope, elles sont jaunâtres à un faible grossissement, à bord net, d'aspect lisse, arrondies ou lenticulaires et rappellent assez les colonies du gonocoque poussées dans les plaques d'agar au-dessous de la surface.

La culture du bacillus funduliformis s'arrête à 1 ou 2 centimètres au-dessous de la surface des tubes sucrés profonds. Les colonies les plus superficielles sont souvent un peu plus volumineuses que celles de la profondeur.

Nous avons assez souvent noté des développements de gaz, surtout dans les cultures abondantes.

Ces gaz ainsi que les cultures répandent une odeur fétide.

Les cultures sur agar ascite sucré profond sont remarquables par le beau développement des colonies.

Sur agar sucré profond, additionné pour l'acidifier d'un peu d'acide lactique, nous n'avons pas eu de développement.

Ce bacille ne pousse pas sur *gélatine sucrée* à la température de la chambre.

Sur *bouillon sucré dans le vide*, cet organisme donne un léger trouble au bout de trois jours. A ce trouble s'ajoute un fin précipité d'abord visible sur la paroi du tube (10e jour environ) et qui forme ensuite un dépôt au fond des tubes, laissant le bouillon à peu près limpide.

Les cultures sur bouillon ont une odeur fétide.

Nous n'avons jamais obtenu de culture qu'à la température de l'étuve (37°).

Role pathogène. — Les expériences pour étudier le rôle pathogène aux animaux, de l'organisme que nous venons de décrire, ne nous ont pas donné des résultats constants, ni faciles à expliquer par les questions de dose ou de provenance.

Nous n'avons inoculé que des cultures pures, de source différente. L'inoculation dans le sang du lapin par la veine de l'oreille d'une culture sur bouillon, n'a été suivie d'aucun accident morbide appréciable.

L'inoculation dans le péritoine du cobaye, faite une fois, a été négative.

L'inoculation sous la peau du même animal a donné les résultats suivants :

Sauf dans un cas, où l'inoculation a été faite avec une culture sur bouillon, dans tous les cas, il s'est fait une collection purulente :

Une fois, cette collection s'est résorbée sans s'abcéder.

Quatre fois, il s'est formé des abcès volumineux.

Une fois, l'abcès s'est compliqué de gangrène. L'eschare présentait à sa face profonde un pus épais et comme caséeux. Le cobaye a fini par guérir.

Dans trois autres cas, les désordres ont été beaucoup plus graves. Il s'est produit des abcès énormes, véritables gangrènes à marche envahissante, sans collection nette en aucun point. Le ventre, puis la peau du sternum, le cou, la racine des membres ont été envahis par un œdème dur, véritable plastron, où la gangrène apparaissait. Une fois, le cobaye est mort en quatre jours de cette gangrène foudroyante. Les deux autres fois, il a fini par guérir, après avoir présenté des abcès multiples.

Dans les cas d'abcès ou de gangrène expérimentale, nous avons pu retrouver l'organisme inoculé.

Cet organisme est probablement très voisin d'un bacille strictement anaérobie décrit par A. Veillon et Zuber (1) et trouvé chez un enfant atteint d'ostéo-arthrite purulente.

Bacillus nebulosus. — Cet organisme a été isolé du canal génital de la femme et dans le pus des bartholinites.

Cet organisme se présente avec un aspect à peu près toujours le même, soit dans le pus de provenance humaine, soit dans les cultures, soit dans les abcès qu'il provoque à l'animal. Ce caractère le distingue du bacille précédent, qui présente des aspects très variés.

---

(1) A. VEILLON et A. ZUBER. Sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle dans la pathologie humaine. *Société de biologie*, mars 1897.

C'est un bacille assez fin, tantôt allongé, rappelant un peu le bacille de la septicémie des souris ou du rouget, tantôt plus volumineux; affectant rarement des formes incurvées, souvent renflé un peu à son centre, un peu effilé aux extrémités.

Nous ne lui avons jamais constaté de mouvements propres.

Il se colore assez bien par toutes les couleurs d'aniline.

Il se décolore par la méthode de Gram.

Nous ne lui avons jamais vu ni formes géantes, ni spores, ni figures d'involution. Son aspect est identique dans les vieilles, comme dans les jeunes cultures.

Cultures. — Nous n'avons jamais obtenu de culture en milieu aérobie.

Cet organisme paraît être un anaérobie obligé.

Ses cultures sont très remarquables en agar sucré profond et permettent de le distinguer des organismes précédemment décrits.

Il se développe assez lentement; et seulement après trois ou quatre jours d'étuve apparaissent de petits flocons, à peine visibles, à limites indécises. Les flocons grandissent, forment des boules nuageuses, rappelant des fleurs de chardon.

Ces colonies sont assez transparentes, inégales de taille, et de forme variable. Quand l'ensemencement est très peu abondant, et qu'il n'existe que quatre ou cinq colonies dans un tube, celles-ci peuvent atteindre parfois près d'un centimètre de diamètre et forment des boules élégantes au milieu de la gélose. Quand l'ensemencement a été plus abondant, elles sont plus petites, inégales; les unes sont arrondies, les autres de forme variable, mais toujours transparente, quoiqu'elles laissent passer inégalement bien la lumière.

Au microscope, à un faible grossissement, elles montrent un centre brunâtre un peu plus coloré, autour une zone d'extention à limite indécise.

Les colonies s'arrêtent généralement à 2 centimètres de la surface de l'agar profond sucré.

Ce bacille ne se développe pas à la température de la chambre,

il ne pousse pas dans les milieux acides, et ne donne pas lieu à un dégagement de gaz appréciable.

Role pathogène. — Les résultats des inoculations n'ont pas été constants.

Dans un cas, l'animal n'a rien présenté d'anormal.

Dans six cas, il s'est produit des abcès.

Dans ces six cas, une fois, l'abcès s'est résorbé et a guéri spontanément sans s'ouvrir.

Dans les cinq autres cas, il s'est produit deux fois des abcès

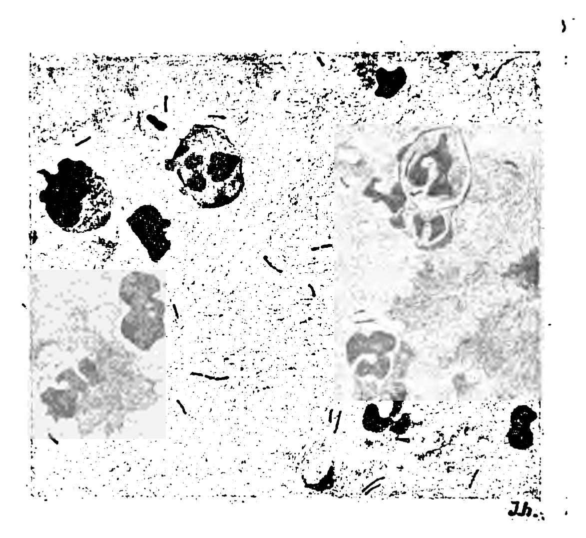


Fig. 5. — Bacillus nebulosus. Aspect dans un pus de bartholinite.

volumineux, de pus épais, qui ont fini par s'ouvrir spontanément et guérir. Dans trois cas, il s'est produit des gangrènes très étendues. Une fois l'animal est mort en cinq jours, la gangrène avait envahi tout l'abdomen et les quatre membres ; et l'animal a succombé quand l'eschare sèche a envahi le cou et la tête. Seul le dos n'était pas gangréné. Dans les deux autres cas, le processus fut moins rapide, il se fit des abcès locaux et l'animal a fini par guérir.

Une fois, nous avons inoculé en même temps que ce bacille

1 centimètre cube de culture de staphylocoque doré, de virulence connue, et donnant un abcès local au cobaye. Nous avons reproduit une gangrène très étendue ; mais l'animal a fini par guérir.

Nous avons toujours pu retrouver l'organisme inoculé sur lamelles et en culture dans les abcès et les gangrènes expérimentales.

Bacillus caducus. — Cet organisme a été isolé dans le col utérin, le vagin, l'exsudat de rétentions placentaires, un abcès péri-utérin.

Nous n'avons pu que assez rarement l'obtenir en culture pure. Dans les autres cas, il était mélangé avec des espèces dont nous n'avons pu le séparer.

C'est un bacille à peu près de la taille du précédent, facile à colorer, qui garde le Gram très fortement et conserve sa forme dans les cultures.

Il est exclusivement anaérobie; donne de très fines colonies qui apparaissent comme des points blancs dans la profondeur de l'agar sucré.

Les cultures ne sont restées vivaces que pendant trois ou quatre jours ; aussi l'étude de cet organisme a-t-elle été très incomplète.

ACTION
DE LA LIGATURE DES ARTÈRES UTÉRINES
DANS LES HÉMORRHAGIES DE L'UTÉRUS (1)

Par le Dr **Mangin** (de Marseille).

Les interventions chirurgicales étant devenues de mode dans le traitement des fibromes de l'utérus, on a vu surgir, à côté des opérations radicales d'hystérectomie, divers procédés qui sont en quelque sorte la conséquence de ces interventions.

En voulant perfectionner ces diverses opérations, les chercheurs, fort nombreux, surtout lorsqu'il s'agit d'opérations en vogue, ont essayé, dans le cas où ces opérations semblaient impossibles, de tourner la difficulté et d'arriver au même but par des procédés différents.

Or, créer du nouveau n'est pas toujours possible, aussi avons-nous vu rééditer de vieux procédés oubliés ou appliquer des méthodes générales ayant donné de bons résultats pour d'autres organes.

C'est ainsi qu'a reparu la méthode des ligatures atrophiantes appliquées à l'utérus, employée depuis longtemps, avec succès, pour d'autres parties du corps, essayée également pour l'utérus et aussitôt abandonnée, alors que les interventions radicales sur cet organe étaient rares. Aujourd'hui, elle renaît avec de nombreuses chances d'être acceptée comme conséquence des progrès réalisés dans l'hystérectomie vaginale ou abdominale.

A force de lier ou de pincer les artères utérines au commen-

---

(1) Communication au *Congrès de Gynécologie*, etc., de Marseille.

cement ou à la fin de ces opérations, on a appris à les lier seules, et cette intervention, jadis considérée comme difficile, apparaît aujourd'hui comme des plus simples et des plus inoffensives.

Se rappelant les résultats heureux obtenus par l'enlèvement des ovaires, ou à défaut par la ligature des vaisseaux utéro-ovariens, dans le traitement des fibromes, on s'est demandé, de divers côtés, s'il ne serait pas possible d'obtenir l'atrophie de ces tumeurs sans faire courir aux malades les risques d'une laparotomie, en s'attaquant aux artères utérines par la voie vaginale. Cette opération, à priori, semblait rationnelle, ces artères représentant la principale voie d'irrigation de l'utérus ; or, ce que l'on obtenait avec la suppression des utéro-ovariennes, on devait plus sûrement l'obtenir par celle des utérines.

Ces ligatures ont été préconisées en Allemagne par Fritsch dès 1885, puis par Baumgärtner en 1888, mais sans grand succès. Ce n'est qu'ultérieurement, lorsque Gottschalk, de Berlin, et Martin, de Chicago, eurent appelé l'attention sur ce procédé, que de nombreux médecins l'essayèrent de nouveau et en obtinrent de bons résultats. En France, la période d'engouement pour les opérations radicales, qui dure encore, a fait que les quelques essais tentés n'ont pas eu de suite ; nous-même avions essayé ce procédé des ligatures dès 1889 avec des résultats assez heureux, puis l'avions presque abandonné pour nous en tenir aux méthodes en vogue. L'important travail de Hartmann et Fredet, publié dans les *Annales de Gynécologie* au commencement de cette année, est venu appeler de nouveau notre attention sur cette méthode si simple. Nous l'avons reprise alors, et nous donnons ici les résultats constatés. Nous avons aussi recherché les faits observés autrefois par nous, intéressants justement par leur ancienneté.

Tous ne représentent pas, il vrai, la méthode en question absolument pure, la ligature des utérines ayant été associée à d'autres interventions ; mais, en étudiant les faits de près, on peut voir que la ligature des artères en question n'a pas été étrangère à la guérison des malades ou à leur amélioration durable. Cette ligature a été faite, dans certains cas, en même

temps que l'amputation du col ou l'incision latérale de cet organe jusqu'à l'orifice interne.

Cette méthode a été surtout préconisée contre les fibromes. Il nous semble qu'elle ne doit pas être seulement réservée au traitement de certaines de ces tumeurs, mais qu'on peut l'étendre à un grand nombre de cas rebelles d'hémorrhagie utérine. On l'emploierait avantageusement dans les ménorrhagies sans lésions de la muqueuse, dépendant de la ménopause, d'affections cardiaques, d'hypertrophie de l'utérus, de déviations non corrigeables, d'états diathésiques, etc..., enfin dans toute métrorrhagie rebelle aux traitements médicaux, lorsqu'on prévoit que le curettage sera insuffisant et lorsqu'il y a intérêt à amener l'atrophie de l'utérus.

Il faut excepter les métrorrhagies suites d'une lésion des annexes. C'est là évidemment une contre-indication facile à comprendre : la circulation devant se faire plus active par l'utéro-ovarienne, après la ligature des utérines, celle-ci amènerait naturellement, dans ces cas, une aggravation des symptômes. Cette contre-indication doit s'étendre même aux lésions des ovaires guéries depuis un certain temps.

Nous verrons, par une de nos observations, que les lésions anciennes peuvent réapparaître. Il s'agissait, dans notre cas, d'une malade autrefois atteinte d'ovarite avec hémato-salpinx sans doute, mais guérie de cette affection au moment de notre premier examen.

Elle accusait des métrorrhagies rebelles que nous ne pouvions mettre que sur le compte d'une subinvolution de l'utérus à la suite d'un avortement de quelques mois. Devant l'échec des traitements médicaux, devant l'échec d'un curettage antérieur, nous étions dans l'alternative ou de faire une opération radicale, castration ou hystérectomie vaginale, ou de renouveler le curettage avec amputation du col, opération sans doute encore insuffisante.

Nous pensâmes alors à amener l'atrophie de l'utérus, par la ligature des utérines. Le résultat fut excellent pendant trois mois, les hémorrhagies disparurent : mais, au bout de ce

temps, survint un hématosalpinx droit avec congestion de l'ovaire anciennement malade et réapparition des hémorrhagies, qui obligèrent peu après à enlever les organes malades.

Dans certaines rétro-déviations utérines, lorsque l'utérus est très volumineux, la ligature des utérines, si toutefois la vie génitale de la malade est terminée, sera un bon complément de la fixation en avant; on produira sûrement ainsi l'atrophie de l'utérus, ce qui est le desideratum dans ces cas.

Dans les hémorrhagies de la ménopause, si rebelles à tout traitement, il y a là un moyen inoffensif qui, certainement, donnera de bons résultats et sera facilement accepté par les malades, c'est-à-dire sans tout l'appareil d'une opération.

Il en sera de même dans les ménorrhagies par affection cardiaque. On sera heureux d'avoir un mode de traitement efficace et pouvant s'appliquer sans anesthésie générale. On sait combien ces hémorrhagies sont souvent rebelles aux moyens médicaux, et combien elles entravent le traitement même de l'affection cardiaque, en ne permettant pas l'emploi des iodures.

Cette opération trouvera évidemment son application la plus fréquente dans les fibromes. C'est, du reste, pour ces affections qu'elle a été tout d'abord préconisée, et tous les chirurgiens qui l'ont essayée n'ont eu qu'à s'en louer. Il est donc permis de croire que cette opération est appelée à un certain avenir; elle n'est pas applicable naturellement à tous les cas : il semble même que ses promoteurs en limitent trop les indications, sans doute pour la faire accepter plus facilement.

Quant à nous, nous lui accordons volontiers une part plus grande dans le traitement des fibromes, dût le champ de l'hystérectomie en être quelque peu restreint.

En première ligne ce procédé sera applicable à toutes les femmes atteintes de fibromes, épuisées par les hémorrhagies, et trop faibles pour supporter une opération radicale. Cette intervention pourra être une opération d'attente devenant souvent curative.

En deuxième ligne, on devra songer à ce procédé de préférence à tout autre, au voisinage de la ménopause; ici il suffit

souvent de gagner quelques mois pour arriver au moment où la régression naturelle des tumeurs se produit.

Il est applicable aussi dans le cas de petites tumeurs du col ou de tumeurs implantées dans la partie inférieure de l'utérus.

Dans les fibromes très volumineux, mais très vasculaires, on peut aussi tenter ce procédé; dans ces cas, les utéro-ovariennes participant plus sérieusement à l'irrigation intérieure, il n'y a pas à craindre le sphacèle de la tumeur.

Il y a quelques contre-indications importantes à connaître:

1° Toute lésion des ovaires ou des trompes doit faire préférer la voie abdominale.

Comme nous l'avons déjà dit, il y aurait à craindre une aggravation des symptômes morbides, par suite de la suppléance des utéro-ovariennes.

2° Le volume trop considérable de la tumeur. Cette contre-indication n'est basée que sur le raisonnement; aussi l'expérimentation l'infirmera peut-être. Mais, jusqu'à nouvel ordre, nous n'oserions pas priver subitement une grosse tumeur des trois quarts de son irrigation, de peur d'amener son sphacèle.

Ce danger semble devoir être surtout à craindre dans le cas où la tumeur est très dure, c'est-à-dire très mal irriguée.

3° La dégénérescence des tumeurs. Évidemment, s'il y a début de transformation de mauvaise nature, on doit choisir sans hésiter une intervention radicale.

4° L'élévation de la tumeur et l'étroitesse du vagin, qui peuvent rendre l'opération impossible par la voie vaginale.

La ligature des utérines peut être employée encore dans une variété de cas dont nous trouverons quelques exemples dans nos observations. Je veux parler des cancers du col. Elle a ici une certaine utilité dans les affections peu avancées, en amenant à sa suite l'atrophie de l'utérus et en retardant sans doute la récidive.

Celle-ci n'était pas venue dans un de nos cas au bout de 10 ans et, dans un autre, elle n'a paru qu'après huit ans. Il est

vrai que, dans un troisième, il n'y a pas eu de résultat apparent sur la marche de la maladie ; mais là, sans aucun doute, la propagation s'était déjà faite aux ligaments larges, sans que cela fût encore perceptible au toucher.

Toutefois cette intervention n'a pas été inutile puisque les hémorrhagies se sont arrêtées.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, les faits cités par Hartmann et Fredet le montrent clairement.

Baumgärtner et Tuffier ont relaté des observations où une régression a pu être constatée ; aussi pensons-nous que, jusqu'à nouvel ordre, chaque fois qu'une intervention radicale pour cancer sera impossible, la ligature des utérines devra être essayée comme complément du curettage ou de l'amputation du col. Les observations se multipliant, on pourra dans peu de temps sans doute poser les indications précises de cette petite intervention qui a au moins le mérite de ne pas être dangereuse.

Le procédé que nous avons employé n'offre rien de particulier : c'est le premier temps de l'hystérectomie vaginale avec ligatures ; décollement de la vessie, désinsertion de la vessie, désinsertion du col, ligature des utérines accrochées par le doigt, ligature à la soie, que nous enlevons le huitième jour.

La ligature en masse a un inconvénient dont j'ai pu me rendre compte récemment : comme la tunique interne de l'artère n'est pas toujours rompue, si le pédicule pris dans la ligature est volumineux, on peut au bout d'un certain temps voir revenir la perméabilité de l'artère.

Chez la malade de l'observation XIII, c'est à ce fait, constaté d'un côté, que j'attribue le retour des pertes de sang dans l'intervalle des règles.

Il nous semble, dans ces conditions, qu'il serait plus avantageux de se contenter de pincer la base des ligaments larges comme l'ont fait Schwartz et Rochard et comme l'a conseillé Röhmer ; il y aurait encore mieux, ce serait de détruire les artères au moyen de l'angiotribe de Doyen ou de Tuffier. On serait certain alors que la perméabilité des artères ne pourrait pas

reparaître ; il y aurait, en employant ce moyen, une hémostase plus complète et plus définitive. Il sera prudent, si on se sert des pinces ou de l'angiotribe, de bien saisir le pédicule artériel ; il y aurait à craindre, si on pinçait seulement les branches des utérines le long de l'utérus, de voir survenir des hémorrhagies secondaires au moment de la chute des eschares, les branches serrées étant trop près du tronc principal pour permettre la formation d'un caillot solide.

Étudions maintenant les résultats obtenus. Les observations 1 à 3 se rapportent à des cancers du col: nous avons vu que la marche de cette affection n'était pas entravée lorsque toutes les parties atteintes n'avaient pu être enlevées ; en revanche, dans les cas d'affection épithéliomateuse encore très limitée, l'atrophie de l'utérus, constante après l'opération, a été sans doute cause des résultats heureux constatés.

Les observations 4, 5, 6, 9, 14, se rapportent à des fibromes de différentes grosseurs qui ont tous diminué de volume ; l'amputation ou l'incision du col n'a été que l'accessoire. En effet, ces interventions étaient destinées à favoriser l'énucléation des fibromes, et c'est l'atrophie que nous avons constatée, en même temps que la disparition des hémorrhagies.

Dans l'observation 14, le résultat a été remarquable ; la malade étant complètement exsangue au moment de l'intervention, nous avons vu les hémorrhagies s'arrêter et très rapidement la malade s'est relevée.

Dans les observations 7, 8, 10, 11, 12, nous voyons des hémorrhagies incoercibles heureusement modifiées par la ligature des utérines ou seulement des grosses branches irriguant le col.

Dans l'observation 8, nous trouvons, comme fait intéressant l'affection ancienne de l'ovaire et de la trompe droite se réveillant au bout de quelque temps, fait duquel nous avons tiré des contre-indications à la ligature des utérines.

Enfin, dans l'observation 12, nous voyons des hémorrhagies d'origine cardiaque heureusement modifiées par cette opération, quoique l'affection cardiaque continue à suivre son cours.

D'après les faits observés par nous, nous pouvons poser les conclusions suivantes :

1° La ligature des artères utérines est une opération simple, sans danger, ne nécessitant pas la narcose.

2° Elle sera utile dans les hémorrhagies rebelles aux traitements médicaux, lorsque les lésions de la muqueuse utérine sont insuffisantes pour les expliquer et que le curettage sera par conséquent inefficace.

3° Elle fera disparaître, presque sûrement, les hémorrhagies des fibromes et amènera souvent l'atrophie de ces tumeurs, surtout lorsqu'elles seront placées au voisinage du col.

4° La seule contre-indication bien nette à cette opération est une affection des annexes.

Obs. 1. — Mme G..., 36 ans. Épithélioma ayant envahi le col; hémorrhagies abondantes, utérus très volumineux ; — les ligaments larges semblent encore indemnes ; utérus mobile. La malade se refusant à toute opération radicale pouvant lui faire courir quelque danger, je me décide pour l'amputation haute du col après ligature préventive des utérines. Le 18 septembre 1888, curettage du col et destruction de la masse cancéreuse au thermo-cautère de façon à empêcher l'inoculation aux parties voisines. Décollement de la vessie, ligature des utérines et amputation du col jusqu'à l'orifice interne; suites simples ; sutures enlevées le 8e jour.

Les hémorrhagies cessent complètement. Revue trois mois après : l'utérus, très volumineux avant l'opération, a *diminué de volume*. Cinq mois après, on constate la présence de nouveaux noyaux épithéliomateux qui progressent assez rapidement : toutefois il n'y a plus d'hémorrhagies.

Obs. 2. — Mme X..., 40 ans. Plusieurs grossesses. Utérus très volumineux, règles abondantes, pertes de sang continuelles dans l'intervalle. Petit noyau dur sur la lèvre antérieure, de la grosseur d'une noisette.

Épithélioma au début. Destruction au thermo-cautère de l'épithélioma, puis amputation haute du col après ligature préventive des utérines. Douleurs vives les premiers jours ; suites simples. Revue régulièrement pendant trois ans : les règles viennent chaque mois, mais peu abondantes ; l'utérus a beaucoup diminué de volume; la ménopause est arrivée vers 44 ans, sans accident.

Revue en août 1898, pas trace de récidive de l'affection épithéliomateuse. Il a manqué l'examen microscopique pour que le diagnostic fût certain, mais il est à retenir que *l'utérus s'est atrophié* et que *les règles sont devenues moins abondantes.*

Obs. 3. — Mme N..., 31 ans. 2 grossesses, 1 fausse couche. Mère morte d'hémorrhagies utérines (?).

15 mois avant la date du 1er examen, fait en juillet 1889, a eu une hémorrhagie très violente après une suppression de règles de 9 mois : depuis, pertes de sang. Il n'y a pas eu de rejet de môle.

A l'examen, le col et l'utérus sont volumineux ; la lèvre antérieure est couverte de fongosités à base indurée ; épithélioma au début. — Je propose l'hystérectomie vaginale, qui est refusée comme comportant quelque danger. En août 1889, curettage et amputation haute du col après ligature des utérines et destruction de la partie malade au fer rouge pour empêcher la greffe de l'épithélioma sur les parties voisines ; suites simples. — L'utérus diminue peu à peu de volume.

Revue en août 1891 : fausse couche de 2 mois il y a 8 mois, suivie de quelques pertes de sang. Elles cèdent à quelques pansements intra-utérins. — Revue en août 1894 pour une poussée d'urticaire. *Utérus en bon état, peu volumineux, règles peu abondantes.* — Au commencement de 1897, nouvelles hémorrhagies, — récidive de l'épithélioma. — La malade se refuse encore à l'hystérectomie, — curettage, enlèvement de fongosités assez abondantes, amélioration passagère ; perdue de vue quelques mois après. A ce moment, le cancer gagnait les ligaments larges et la malade commençait à souffrir.

Obs. 4. — Mme C..., 50 ans. 1 grossesse, 1 fausse couche. Examinée en janvier 1890, est encore très abondamment réglée. Utérus très volumineux. Cystalgie amenée par un petit fibrome logé dans la partie antérieure de l'utérus.

Le 23 janvier, curettage, ligature des principales branches des utérines, après décollement de la vessie, incisions latérales du col remontant près de l'orifice interne suivant la méthode de Doléris. Ménopause. Revue six mois après : *utérus diminué déjà de volume.* 4 ans après, guérison persistante.

Obs. 5. — Mme C..., 38 ans. 2 grossesses bonnes, mère morte de cancer du rectum. Métrorrhagies très fortes, tumeur fibreuse du col et petit fibrome interstitiel dans la paroi antérieure de l'utérus, qui est lui-même très volumineux.

En janvier 1891, enlèvement du petit fibrome du col ; curettage,

incision très élevée des deux côtés du col ; — ligature des utérines après le décollement de la vessie. Notre intention était d'amener l'atrophie de l'utérus si possible, et par suite celle du fibrome ; si ce but n'était pas obtenu, la disparitien de l'anneau musculaire du col devait permettre au fibrome de se pédiculiser plus facilement.

Revue huit mois après, allait bien : l'utérus avait diminué de volume, on ne sentait plus le petit fibrome interstitiel. Depuis, donne de ses nouvelles de loin en loin; la guérison persiste.

Obs. 6. — Mme O..., 40 ans. Pas de grossesse ; vue pour la première fois en mai 1889, — règles irrégulières, — métrorrhagies ; depuis quelques mois les pertes ne cessent pas. Œdème des jambes et des mains ; pas d'albumine, suffocations, souffle à la pointe, cœur gras. Utérus volumineux, fibromateux, de la grosseur du poing. Le traitement médical échoue. Revue en février 1890 : l'électricité, employée sous forme de courants continus, diminue les pertes de sang par moments : elle amène peu à peu l'énucléation du fibrome vers la cavité utérine. En 1893, la malade se décide enfin à se faire enlever son fibrome. Dilatation du col, incision très haute du col, ligature préventive des utérines, morcellement du fibrome qui est gros comme les deux poings. Il reste dans la paroi quelques petits noyaux fibromateux ; suites normales. La malade, revue 9 mois après, n'a plus d'hémorrhagies ; l'*utérus a diminué considérablement de volume*, comparé à ce qu'il était 15 jours après l'opération. Les fibromes interstitiels ne sont plus sentis ; résultat satisfaisant à tous points de vue. Les œdèmes ont disparu.

Obs. 7.— Mme I..., 32 ans. Pas de grossesse, réglée à 14 ans, vue en mars 1890 pour la première fois, — hystérie ; quelques mois après l'établissement des règles, a eu une frayeur qui les arrête : elles reparurent avec une abondance extrême à la suite de l'emploi d'emménagogues ; depuis, elles ont toujours été très fortes.

Au moment du premier examen, avait des hémorrhagies très abondantes et presque continuelles depuis plusieurs mois. Utérus volumineux, mobile ; rien du côté des ovaires. Dans l'utérus, on constate la présence d'un petit polype (20 février 1890) ; curettage et enlèvement du polype gros comme une noix. Suites bonnes.

En janvier 1891, réapparition des pertes de sang. Ovaires prolabés dans le cul-de-sac postérieur, douloureux au toucher, mais non augmentés de volume : congestions fréquentes du côté du foie.

En janvier 1892, devant la persistance des pertes de sang, l'utérus étant volumineux, je décide une nouvelle opération ; curettage, ampu-

tation du col et incision du col très élevée avec ligature des principales branches des utérines. La muqueuse était saine : douleurs vives à la suite de l'intervention ; congestion des ovaires, qui restent douloureux assez longtemps.

Les hémorrhagies cessent presque complètement pendant quatre ans environ.

En juin 1893, il y eut cependant des pertes assez abondantes : pendant quelque temps, l'utérus a diminué de volume. Revue en 1898 : retour des métrorrhagies sans lésion de la muqueuse : hématocèle due à une affection des ovaires ; le repos et un traitement médical arrêtent les pertes.

Obs. 8. — Mme C..., 27 ans, 4 grossesses ; examinée en février 1890 pour la première fois ; a été traitée il y a quelques années pour une affection du cœur, se plaint depuis longtemps de métrorrhagies ; métrite, utérus très volumineux ; soignée par des pansements intra-utérins. Amélioration.

Revue en mai 1892 ; a été reprise de pertes de sang. Un autre médecin a fait des cautérisations utérines, puis un curettage ; à la suite de ce traitement, a souffert des régions ovariennes. Au moment du nouvel examen, l'utérus parait très volumineux. Les ovaires semblent sains ; depuis 2 mois, métrorrhagie ayant apparu après un retard de 50 jours, caillots fibrineux ; nouveau curettage en juin 1892. Je trouve la muqueuse utérine presque normale : dans ces conditions, je suppose que le nouveau curettage sera aussi inefficace que le premier. Je fais alors l'amputation du col avec ligature des branches principales des artères utérines, après décollement de la vessie. Suites simples.

La malade revient en octobre 1892 : les pertes de sang ont reparu très abondantes après un arrêt de trois mois pendant lequel elle a souffert du côté droit. L'utérus semble avoir diminué de volume, mais on sent l'ovaire et la trompe volumineux. L'absence de température me fait porter le diagnostic d'hématosalpinx. Devant l'insuccès des traitements médicaux, la malade se décide à une opération radicale : laparotomie, qui permet d'enlever l'ovaire droit contenant de petits kystes sanguins et la trompe correspondante contenant environ deux cuillers à café de sang.

Obs. 9. — Mme C..., 33 ans, pas de grossesse : est mal réglée ; métrorrhagies abondantes depuis quelques mois. Était restée 6 mois sans règles. Un médecin, trouvant l'utérus très développé, avait cru à une grossesse. Utérus fibromateux, du volume d'une tête d'adulte, surtout développé à droite. Vaginisme.

J'essaie sans résultat le traitement médical et les courants continus, qui sont mal supportés. En novembre, la malade se décide à une intervention qu'elle veut aussi simple que possible, se refusant à toute opération radicale.

En 1894, je fis le curettage de l'utérus avec amputation large du col; incision très haute de celui-ci de chaque côté et ligature des utérines à la soie, après décollement de la vessie. — Dilatation du vagin. Douleurs vives : enlèvement des fils le huitième jour; suites simples. Revue trois mois après; l'*utérus a considérablement diminué de volume*, les règles sont peu abondantes. Un an après, la guérison se maintient

Obs. 10. — Mlle N..., 42 ans : métrorrhagies très abondantes depuis plusieurs années.

Premier examen en janvier 1895, utérus très volumineux, non fibromateux; hypertrophie du col, échec de divers traitements médicaux. Je fais le curettage de l'utérus en février 1895 : suites simples. Amélioration quelques mois, puis les pertes reprennent. Traitement par pansements intra-utérins au phéno-salyl et au chlorure de zinc à 1/2, puis par les courants continus, sans résultats.

Au commencement de 1897, persistance de métrorrhagies; curettage amputation très large du col et ligature des grosses branches des utérines ; le curettage avait ramené une muqueuse saine en apparence ; suites simples. Depuis, les règles ont disparu complètement, la ménopause s'est faite sans incident, l'utérus a beaucoup diminué de volume.

Obs. 11. — Mme S..., 46 ans, pas de grossesse. Mère morte d'une affection cancéreuse, règles irrégulières, très abondantes depuis un an : le traitement médical, essayé pendant six mois, ne donne aucun résultat : il en est de même des pansements intra-utérins. Les pertes sont dues surtout à des troubles de la circulation ; un peu d'hypertrophie du cœur avec léger souffle à la pointe ; l'hydrastis est mal supporté et donne des accès de suffocation. Devant l'insuccès du traitement médical, je propose le curettage qui est accepté et pratiqué en mars 1898, sans chloroforme, la muqueuse utérine ne paraissant pas sérieusement malade. Je joins au curettage la ligature des utérines après injection préalable de quelques grammes d'une solution très étendue de cocaïne, dans le tissu cellulaire entourant le col ; cette intervention est très bien supportée. Les fils placés le long de l'utérus sont enlevés le huitième jour ; suites simples, un peu de douleurs les premiers jours. Les pertes ont disparu ; les règles, devenues régulières, sont très peu abondantes.

Obs. 12. — Mlle X..., 34 ans, réglée à 15 ans, régulièrement; souffre beaucoup à l'époque de ses règles depuis plusieurs années, métrorrhagies très abondantes, insomnie, tachycardie, nervosisme, insuccès des divers traitements médicaux.

A l'examen, on trouve l'utérus volumineux, contenant un petit fibrome dans la paroi antérieure. Ce fibrome a à peu près la grosseur d'une noix ; rien aux annexes, Hypertrophie considérable du cœur, rétrécissement à l'orifice aortique.

En mai 1898, curettage et incision du col, ligature des utérines. Suites simples : douleurs violentes pendant quelques jours. Sphacèle de la partie antérieure du col.

Revue en juillet, les règles ont été beaucoup moins abondantes. En août, réapparition des règles un peu en avance : l'*utérus a repris son volume presque normal*, la tumeur a presque disparu. La malade continue à souffrir de son affection cardiaque.

Obs. 13. — Mme V..., 41 ans, mariée à 39 ans : pas de grossesse ; régulièrement réglée à 14 ans. Premier examen en décembre 1897 : malade depuis son mariage, a eu depuis quelques années des retards de un à deux mois, suivis d'hémorrhagies qui ont fait croire à des avortements : pas de syphilis. Aucune tare organique. L'utérus paraît sain, pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles, le volume n'est pas augmenté, les annexes n'ont rien.

Tous les traitements médicaux restent impuissants. Les courants continus donnent une faible amélioration, mais sont mal supportés. Le tamponnement intra-utérin avec des hémostatiques laissés en place plusieurs jours, a donné une amélioration de quelques mois.

En janvier 1898, nouveau retard de deux mois, suivi de métrorrhagies qui depuis continuent. Au milieu de mai, la malade se décide à se faire opérer. Je pratique un curettage avec incision latérale du col ; ligature des utérines ; suites simples; enlèvement des sutures le huitième jour. Depuis, la malade va bien. En août et septembre, réapparition de quelques pertes rosées en dehors des règles. Elles cèdent à la reprise du traitement par l'hydrastis, qui autrefois était impuissante même à modérer les pertes.

En septembre, réapparition de pertes abondantes.

Obs. 14. — Mme F..., 41 ans ; pas de grossesse. Fibrome de l'utérus de la grosseur du poing, donnant lieu à des métrorrhagies abondantes.

En mai 1890, curettage. J'enlève une muqueuse fongueuse et quelques petits polypes muqueux; les pertes de sang s'arrêtent ; l'état

général, qui était très mauvais, se remonte facilement, mais le fibrome continue à grossir.

Revue en février 1895. Le fibrome a le volume d'une tête d'adulte; métrorrhagies très fortes, troubles cardiaques très marqués ; le traitement médical améliore légèrement la situation.

En juillet 1898, la malade revient avec des métrorrhagies plus abondantes que jamais, très affaiblie, menacée d'asystolie : toute intervention sérieuse est contre-indiquée. Je me décide pour la ligature des utérines, sans endormir la malade. Injection de solution d'eucaïne B dans le tissu cellulaire autour du col. Décollement de la vessie et ligature des utérines.

Cette ligature est très pénible, le fibrome étant très haut placé. Fils laissés en place huit jours.

Mme F... nous donne de ses nouvelles fin septembre : elle va très bien, a repris des forces ; plus de règles. La ménopause tant attendue arrive enfin.

HYPERTROPHIE GLANDULAIRE UTÉRO-VAGINALE

DE NATURE BÉNIGNE

SIMULANT UNE TUMEUR MALIGNE

Par le Dr **De Sinéty.**

Tous les gynécologistes ont eu l'occasion d'observer cet amas de glandes muqueuses à épithélium caliciforme que l'on rencontre sur le col utérin. Le plus ordinairement, ces productions, sur lesquelles M. Bouilly a de nouveau appelé l'attention (1), sont situées sur une des lèvres du col, surtout la lèvre postérieure, ou dans l'intérieur de la cavité cervicale, au-dessus du museau de tanche (2).

Mais, il n'en est pas toujours ainsi, et, dans certains cas, le volume et le siège de la tumeur pourraient donner lieu à des erreurs d'interprétation, comme le démontre l'observation suivante :

Mme X..., âgée de 32 ans, a eu deux enfants, et a été soignée pour une métrite il y a sept ans. Actuellement elle se plaint encore de douleurs dans le ventre et de pertes blanches très abondantes. Elle n'accuse ni ménorrhagies ni métrorrhagies. La fonction menstruelle est normale.

---

(1) BOUILLY. Des hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus. *Semaine gynécologique* et *Gaz. des hôpitaux*, 1898, p. 1316.

(2) Quelques auteurs, à l'exemple d'Howitz, ont décrit ces lésions sous le nom de métrite kystique du col. V. DE SINÉTY. *Traité de gynécologie*, 2e édition, p. 385.

En examinant la malade, on trouve, au toucher, l'utérus un peu gros, mobile, le col assez volumineux, mou, entr'ouvert, légèrement granuleux.

En contournant le col, on constate à droite, à 3 ou 4 centimètres de l'orifice cervical, une tumeur arrondie, mamelonnée, irrégulière, de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur glisse facilement sur les tissus sous-jacents et se déplace avec la muqueuse qui la supporte. La consistance du néoplasme fait penser à un amas d'œufs de Naboth, développés sur un point où ils n'existent pas d'ordinaire.

L'examen au spéculum confirme le diagnostic. L'aspect des kystes multiples constituant la tumeur, leur couleur blanc grisâtre, leur transparence, ne laissent aucun doute sur la nature de la lésion.

Chez la plupart des femmes, à l'état normal, il n'y a pas de de glandes sur cette région du col (1). Néanmoins plusieurs auteurs en ont décrit, même dans le vagin. Il est probable que la disposition des glandes varie selon les sujets. En tout cas, chez notre malade, il en existait certainement un groupe considérable à plusieurs centimètres de l'orifice cervical, très près du cul-de-sac vaginal droit.

Le volume et la situation de cette tumeur étaient tellement exceptionnels, étant donnée sa nature, qu'ils pouvaient entraîner à une erreur d'interprétation. Malgré la bénignité de la lésion, j'ai conseillé l'ablation, la présence du néoplasme pouvant être en partie cause des douleurs, et surtout de la leucorrhée abondante accusée par la malade.

---

(1) DE SINÉTY. *Loc cit.*, p. 300.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE

Par le Dr **Delagénière** (du Mans) (1).

Définition. — On donne ce nom à l'extirpation totale de l'utérus par les voies vaginale et abdominale combinées, en commençant par la voie vaginale.

Synonymie. — *Opération de Bardenheuer*.

Historique. — En 1881, Bardenheuer fit paraître un travail important, dans lequel il se déclara partisan de l'ablation totale, par voie vaginale et abdominale, de l'utérus, dans le cas de fibromes. Il veut ainsi éviter les accidents septiques et autres, dus au pédicule. Il fut suivi dans cette voie par Boldt, Jacobs, Rouffart, Chaput, etc.

Technique opératoire. — La malade sera préparée pour subir à la fois une laparotomie et une hystérectomie vaginale. Elle aura subi une période plus ou moins longue de préparation (voir *Hystérectomie abdominale totale*). Le chirurgien se préparera pour faire la première partie vaginale de l'opération, puis, avant de passer au temps abdominal, il fera une nouvelle préparation complète de ses mains.

De même pour les *instruments*. Dans un premier plateau, le chirurgien disposera tous les instruments qui lui seront nécessaires pour le premier temps vaginal de l'opération, et ces *instruments* se borneront à deux écarteurs, un bistouri, une paire de ciseaux, deux pinces à abaissement, six pinces longuettes.

Dans un deuxième plateau, bien séparé du premier, seront les instruments et les fils nécessaires au deuxième temps abdominal de l'intervention. Comme *instruments* il lui suffira d'avoir : un bistouri, deux

---

(1) Extrait de la *Chirurgie de l'utérus*, qui vient de paraître.

paires de ciseaux droits et courbes, une pince de Museux, douze longues pinces hémostatiques et douze petites, quatre ou cinq clamps; une aiguille de Reverdin courbe; puis des aiguilles à surjet courbes et droites. Comme fils, des soies fines et moyennes, des catguts et des crins de Florence pour la paroi.

Un aide sera suffisant, mais il devra, comme le chirurgien, refaire complètement la toilette de ses mains, avant de commencer le temps abdominal.

Manuel opératoire. (Type : *Épithélioma de l'utérus* (1). La malade est endormie à l'éther, elle est placée dans la position de la taille, les jambes fortement relevées.

a) *Temps vaginal.* — Le col est découvert avec les écarteurs, et saisi directement avec les pinces à abaissement, si les culs-de-sac vaginaux et le fond du vagin ne doivent pas être enlevés. Dans le cas contraire, la muqueuse vaginale sera saisie avec une pince, sur la paroi postérieure du vagin, de façon à y faire un pli, qu'on sectionnera d'un coup de ciseaux. Partant de cette brèche vaginale, on incisera circulairement le vagin, de façon que l'incision soit située au-dessous du museau de tanche, à deux centimètres au moins.

Au niveau de l'incision circulaire, on saisit la muqueuse du vagin et on la dissèque avec les ciseaux et les doigts recouverts d'une compresse, en commençant en arrière, en passant sur les côtés et en terminant en avant; on décolle ainsi la muqueuse des culs-de-sac vaginaux jusqu'à l'insertion du vagin sur le col. Ce dernier est en quelque sorte encapuchonné par la collerette du vagin disséquée. Sans tenir compte de cette collerette, et à travers son épaisseur, on saisit le col avec une pince de Museux, puis on commence l'isolement du col en avant, en refoulant en haut la vessie et l'utérus. On s'arrête dans cette dissection quand, du bout du doigt, on sent la séreuse. En arrière, même manœuvre, en redoublant de précautions pour ne pas ouvrir la séreuse.

Quand le col est isolé en avant et en arrière, on recherche du bout du doigt, l'artère utérine, de chaque côté, et on applique, sur cette artère et sur la base du ligament large, une pince longuette de chaque côté. On sectionne les tissus entre la pince et le col, de sorte que ce dernier se trouve ballant, encapuchonné de sa collerette. On le sec-

(1) D'après notre procédé personnel que nous avons adopté pour tous les cas de cancer de l'utérus.

tionne alors transversalement avec le bistouri (fig. 355 et 356).

Là se borne le temps vaginal de l'opération ; on nettoie le champ opératoire, on écouvillonne la cavité utérine avec une mèche imbibée



Fig. 355. — Hystérectomie vagino-abdominale (H. Delagénière). — Temps vaginal. — Amputation du col.

de chlorure de zinc au 10e ; puis on place entre les deux pinces une compresse aseptique, avec laquelle on tamponne la plaie vaginale.

b) *Temps abdominal.* — La malade est placée sur le plan incliné (1) et sa paroi abdominale est vigoureusement frottée avec une solution de sublimé au millième. Pendant ce temps le chirurgien et son aide se

(1) La malade se trouve naturellement sur un plan incliné quand on fait usage de notre table à renversement. Il suffit, en effet, de relever l'extrémité qui se rabat.

savonnent les mains de nouveau, se passent les ongles et le bout des doigts à la teinture d'iode, puis se lavent à l'alcool, au permanganate de chaux, et enfin au sublimé. On ne saurait trop insister sur cette

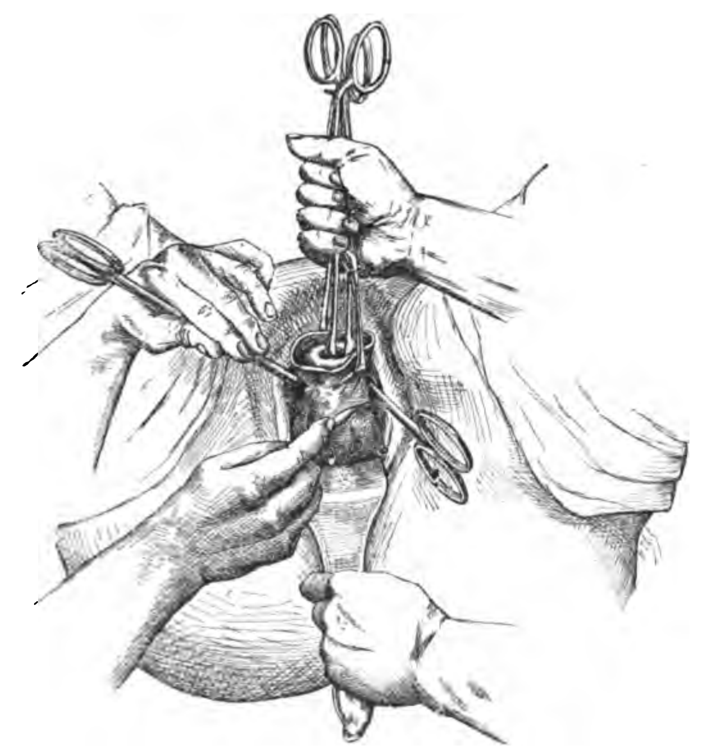


FIG. 355. — Hystérectomie vagino-abdominale (H. Delagénière). — Temps vaginal. — Décollement de la séreuse.

désinfection complète des mains avant de procéder au temps abdominal.

On pratique alors (1) une incision médiane partant du pubis et remontant à l'ombilic ; la séreuse est ouverte et la malade inclinée. Dans le fond du bassin, on cherche l'utérus et les annexes ; on place une pince de Museux sur le fond de l'utérus, que l'aide maintient soli-

(1) Nous supposons le chirurgien à la gauche de la malade.

dement en haut. Saisissant les annexes du côté gauche et les maintenant soulevées, on sectionne le ligament large au-dessous des annexes par petits coups, et en ayant soin de saisir avec des pinces hémostatiques les artères qui donnent du sang. Arrivé au bord de l'utérus, on sectionne transversalement le péritoine qui recouvre l'utérus, au



FIG. 357.— Hystérectomie vagino-abdominale.— Procédé de H. Delagénière. — Temps abdominal.

moyen des ciseaux, qui trouvent facilement le chemin tracé par le décollement vaginal de la séreuse. Le ligament large droit est sectionné de la même façon, de sorte que l'utérus ne tient plus que par sa face postérieure ; avec les ciseaux on sectionne rapidement et transversalement ce feuillet péritonéal postérieur. La pièce est alors enlevée. De chaque côté, les feuillets des ligaments larges se sont écartés et rien n'est plus facile que de chercher dans leur épaisseur et le long des

vaisseaux iliaques, les ganglions qui sont toujours envahis, dans le cas de cancer du col. On procède alors à l'hémostase. On peut remplacer les deux pinces qu'on a mises par le vagin, par des ligatures ; puis on lie séparément l'artère utéro-ovarienne et une petite artériole, qu'on trouve habituellement au niveau de la section du ligament rond. On referme le péritoine au moyen de deux surjets superposés, avec lesquels on suture d'abord le ligament large d'un côté, puis le péritoine antérieur, au péritoine postérieur de la collerette, et enfin, le ligament large de l'autre côté. On place dans le cul-de-sac de Douglas un de nos tubes métalliques et on referme la paroi abdominale (fig. 357).

La malade est pansée comme d'ordinaire, au moyen de compresses stériles et de coton stérile ; puis le tamponnement vaginal est changé et remplacé par une compresse stérile saupoudrée d'iodoforme. Le drain abdominal sera changé au bout de 24 heures, puis supprimé au bout de 48 heures ; le tamponnement vaginal sera renouvelé tous les deux jours pendant une semaine ; enfin les fils de la paroi abdominale seront enlevés le huitième jour.

Suites. — Les suites seront celles d'une hystérectomie abdominale totale. Comme accidents spéciaux, rien de particulier à signaler, sinon le danger d'*infecter la séreuse*, en passant du temps vaginal au temps abdominal.

Indications. — L'hystérectomie vagino-abdominale présente des avantages pour la facilité de l'exécution de l'opération, mais ces avantages disparaissent devant le danger d'infection que l'on fait nécessairement courir à la malade. Nous la proscrivons donc absolument, quand l'opération peut se faire complètement par le ventre ou par le vagin.

Elle reprend au contraire tous ses droits et devient l'opération de choix, quand l'opération nécessite l'emploi des deux voies combinées. Or le *cancer utérin* est la seule affection qui remplisse ces conditions ; car, d'après nous, dans tous les cas de cancers, on doit enlever, en même temps que l'utérus, le tiers supérieur du vagin, et tous les ganglions iliaques.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 19 novembre 1898.

De l'analyse chimique et microscopique de l'urine appliquée au diagnostic de la cystite, par J. A. Wesener.

J'ai trouvé, en cherchant pendant le peu de temps que j'ai pu y consacrer, que dans la littérature on fait peu mention de l'examen chimique et microscopique de l'urine dans les cas de cystite.

Nous nous sommes expliqué sur les caractères de l'épithélium dans la cystite et dans la pyélite ; ce moyen de diagnostic n'est pas absolu. Il n'y a pas, en effet, grande différence entre l'épithélium de la vessie et celui du bassinet. Sous l'influence de l'inflammation, les cellules perdent en peu de temps leurs caractères, de telle sorte qu'il est absolument impossible de différencier l'épithélium dans ces deux affections.

Chez les femmes que l'on suppose atteintes de cystite, l'urine doit être recueillie par le cathétérisme ; cette règle écarte toute possibilité de contamination par le vagin.

L'urine normale contient toujours quelques leucocytes, qui peuvent augmenter sous l'influence d'irritations chimiques ; une urine chargée et fortement acide en contient une quantité plus considérable.

Ce fait rend quelquefois plus difficile le diagnostic entre une augmentation de leucocytes ou un commencement de cystite. Dans le premier cas, nous ne devons pas trouver de micro-organismes dans une urine fraîchement émise, tandis que, dans le second cas, les microbes existent toujours. Je dirai plus tard qu'une augmentation de leucocytes chez l'homme indique soit une inflammation de l'urèthre postérieur et de ses glandes, soit une cystite, soit une pyélite. Si le point de départ de cette suppuration est dans l'urèthre ou dans ses glandes, le pus se présente habituellement sous forme de filaments.

Quand il s'agit d'une femme nous devons prendre nos précautions pour mettre le vagin hors de cause : en pareil cas la sécrétion uréthrale est rare, à moins qu'il ne s'agisse d'une cystite : dans la cystite l'urine peut être acide ou alcaline ; si c'est une infection coli-bacillaire

elle est acide, mais quand il pousse des organismes secondaires elle est alcaline; ces derniers décomposent l'urée en carbonate d'ammoniaque. Sur les 300 urines de cystite examinées, 69 p. 100 étaient acides et 21 p. 100 étaient alcalines ; dans ce nombre rentraient probablement les cas de décomposition produite après l'émission.

Ces faits prouvent que la réaction dépend sans aucun doute du microbe infectant : les travaux de Rostoski, Krogius,et Mueller, justifient cette assertion. Joh. Mueller a trouvé l'urine de cystite acide dans 73 p. 100 des cas qu'il a examinés. Melchior a aussi montré dans 62 cas que la décomposition ammoniacale dans la cystite dépend uniquement du microbe présent. Le plus important est le proteus vulgaris. Il pousse facilement sur gélatine et albumine, a une odeur putride et décompose les matières protéiques en ammoniaque. On ne le trouve pas souvent dans la cystite. Schnitzler a montré dans son travail que l'urine, en règle générale, était alcaline, que cette alcalinité (ses cas étaient presque tous chez des femmes) était due probablement à la contamination par des affections utérines. Rostoski, Huber, Melchior, Krogius, et Barlowe ont montré que le coli-bacille était le plus fréquent dans les 120 cas qui ont été réunis. Le proteus vulgaris a été trouvé 11 fois, le bacillus typhosus, le streptocoque et le gonocoque 3 fois chacun; le diploccocus ureæ liquefaciens 14 fois. Dans tous ces cas, excepté avec le proteus vulgaris, l'urine était acide. Le coli-bacille a donné une urine acide dans tous les cas observés par Rostoski. Il a trouvé que l'urine mise dans des tubes stériles et laissés en observation à 37° pendant 1 mois et 1 mois et demi devenait toujours acide quand l'infection était due au coli-bacille.

Deux épreuves sont employées pour déterminer la présence de pus et de leucocytes dans l'urine. L'une chimique, recommandée par Vitali; l'urine suspecte, si elle est alcaline, est traitée par l'acide acétique pour la rendre acide ; on filtre et on ajoute au résidu quelques gouttes de teinture de gaïacol fraichement préparée. S'il y a du pus, la surface interne du filtre prend une teinte bleue. J'ai trouvé cette épreuve très satisfaisante, même quand il n'y avait que des traces de pus. Au moyen du microscope, on détermine nettement la présence des cellules de pus; quelquefois, cependant, il est nécessaire de colorer ces cellules avec une solution d'iodure de potassium iodurée, afin de les différencier des cellules épithéliales dégénérées. Si l'urine est alcaline, les cellules de pus grossissent, deviennent luisantes et homogènes et leur noyau disparaît. Mais on peut éviter cela par l'acide acétique.

Pour différencier la cystite de la pyélite, voici comment je procède : Dans la cystite il y a toujours plus de pus que dans la pyélite, et pour cette raison nous trouvons plus facilement l'épithélium rénal dans la pyélite parce qu'il y a moins de pus. Après avoir centrifugé l'urine, il faudra s'assurer s'il y a de l'albumine. Dans la cystite nous la trouverons présente ou absente suivant la quantité de pus, tandis que, dans la pyélite, nous trouvons une quantité considérable d'albumine. L'explication de cette différence est que le rein est un organe beaucoup plus vasculaire que la vessie, de telle sorte que l'exsudation se fait plus facilement ; les hématies se trouvent plus fréquemment dans la pyélite que dans la cystite. D'ailleurs dans la pyélite on trouve souvent des cylindres.

En clinique, on peut différencier ces deux affections en lavant la vessie avec de l'eau stérilisée immédiatement après la miction et en recherchant s'il y a du pus dans l'urine et dans l'eau du lavage. Si l'eau contient une quantité considérable de pus, il est probable qu'il y a cystite. Vous n'aurez pas beaucoup d'examens microscopiques d'urine à faire pour vous apercevoir que la proportion des cellules épithéliales est inférieure à celle des leucocytes. La plupart de ces cellules épithéliales sont de larges cellules dont les unes sont des cellules épithéliales banales, les autres des « macrophages » dérivés du feuillet moyen.

P. N.

Examen instrumental de la vessie, par W. T. Belfield (Chicago).

La cystite, jadis considérée comme une entité morbide, est à l'heure actuelle rabaissée à la valeur d'un trouble symptomatique. Les raisons de cette sorte de déchéance ont été nettement exposées par Senn ; il a été établi en particulier qu'elle est toujours de nature bactérienne et, d'autre part, que la vessie *normale* n'est pas apte à subir l'infection bactérienne. Il y a une vingtaine d'années, on reconnaissait comme causes de cystites : les rétrécissements, l'hypertrophie de la prostate (chez l'homme) et les corps étrangers de la vessie incrustés de sels calcaires. A cette époque, on ne disposait que d'un seul moyen d'exploration, le cathéter. En 1883, H. Thompson publia un livre : *Exploration digitale de la vessie*. En deux années de pratique, il put observer trente et quelques cas de tumeurs de la vessie, diagnostiquées grâce à l'exploration digitale, proportion très élevée en comparaison du petit nombre de faits de ce genre constatés auparavant. Ce mode d'exploration fournit des renseignements sur les tumeurs et sur

certaines incrustations écailleuses de la paroi vésicale, que Thompson disait être fréquentes, mais qu'il ne pouvait expliquer. Entre temps, Leiter et Nitze avaient appliqué l'électricité à l'éclairage de la vessie avec le cystoscope, instrument purement théorique au début, mais qui, perfectionné, devint un instrument très utile pour l'examen de la vessie.

Depuis 1887, le cystoscope permit d'édifier la cystologie. Voici succinctement quelques-unes des notions qu'il a fournies : jadis, on ne disposait, pour déceler les pierres dans la vessie, que du cathéter. Or, à l'heure actuelle, le cystoscope a permis de constater qu'il est des calculs vésicaux qui échappent à l'exploration avec la sonde. Avec le nouvel instrument d'examen, on explore la totalité de la paroi de la vessie, et, où qu'elle soit, on aperçoit une partie au moins de la pierre (l'auteur cite, à ce sujet, un cas très probant tiré de sa pratique personnelle). Cette exploration fournit des renseignements si importants, qu'elle a supplanté entièrement la méthode d'exploration digitale de H. Thompson, méthode qui avait constitué, dans son temps, un progrès sérieux.

Il est, d'autre part, un certain nombre d'affections restées presque insoupçonnées avant l'emploi du cystoscope. En première ligne, les ulcérations non tuberculeuses de la vessie. Ces ulcérations sont fréquemment incrustées de phosphates, constituant les écailles adhérentes signalées par Thompson.

En général, les ulcérations tuberculeuses ne sont pas mises en évidence avec le cystoscope. La raison, c'est qu'elles ne sont pas des lésions primitives, et que non seulement la cystite est tenue effacée par d'autres lésions, mais l'état de la vessie et la sensibilité du col empêchent l'emploi de tout instrument. L'auteur cite encore les fissures du col, lésion assez fréquente, justiciable, comme la fissure anale, de la dilatation ; les varices vésicales, foyer parfois d'hémorrhagies profuses.

A signaler, en terminant, l'endoscope qui, sous son dernier modèle, n'est qu'un remplaçant imparfait du cystoscope. R. L.

Examen instrumental de la vessie pour le diagnostic de la cystite chez la femme, par M. L. Harris.

Je m'occuperai exclusivement de l'instrumentation destinée à faciliter le diagnostic des affections vésicales, et encore aurai-je seulement

en vue mon instrument que j'appelle le *séparateur des urines* et dont le but est de recueillir isolément l'urine de chaque rein.

Il est admis qu'un diagnostic de cystite n'est pas toujours possible; un malade peut accuser tous les symptômes subjectifs d'une cystite sévère sans que les lésions anatomiques soient très prononcées; c'est ainsi que, avec de la douleur, de la pyurie, des fréquences, de l'ammoniurie, le véritable siège peut être extra-vésical.

Pour faire correctement un diagnostic de cystite, il est nécessaire de savoir si les éléments ou les caractères anormaux de l'urine ont leur origine dans la vessie elle-même : l'urine normale ne subit aucune modification dans une vessie normale, de telle sorte que la comparaison de l'urine prise dans la vessie avec l'urine venue directement des reins pourra indiquer la localisation précise de la maladie.

Le mérite de cet instrument dépend justement de ce fait que grâce à lui on peut non seulement séparer l'urine des deux reins, mais encore ne pas tenir compte de la vessie. A plusieurs reprises j'ai démontré ces faits et mes expériences ont été répétées par d'autres opérateurs qui se sont servis de mon instrument.

Chez tout malade présentant des symptômes de cystite, avant d'introduire l'instrument, la vessie sera soignement vidée et l'urine recueillie dans un récipient très propre; elle sera ensuite nettoyée par des irrigations et l'instrument sera fixé en position convenable ; les pochettes seront irriguées par un courant d'eau stérilisée : de telle sorte l'urine sera collectée juste au moment où elle s'échappe des uretères sans contamination possible par le contenu vésical.

Les caractères qui devront particulièrement attirer notre attention dans ces analyses sont les suivants :

La réaction.

La présence ou l'absence de productions pathologiques, de pus, de sang, de cellules épithéliales, de cristaux.

La réaction sera prise à deux reprises, car des modifications importantes se produisent parfois rapidement.

Si l'urine prise directement au sortir du rein présente un certain degré d'acidité, tandis que celle de la vessie est alcaline, il est évident que le processus pathologique produisant l'alcalinité doit résider dans la vessie. Si l'urine rénale est indemne de productions pathologiques, tandis que celle de la vessie contient du pus, de l'épithélium, des bactéries, la participation de la vessie n'est pas discutable.

Toutes ces affirmations auront plus de poids par des exemples :

je ne ferai allusion qu'aux faits se rapportant au sujet que je traite.

1° Un malade présentait des symptômes subjectifs de cystite, irritation, douleurs et mictions fréquentes : l'urine au sortir de la vessie était alcaline et contenait du pus avec des cristaux de phosphate tribasique ; il y avait donc toutes les apparences de cystite. Mais l'emploi de l'instrument spécial montra que l'urine du rein droit était acide, claire, non purulente, avec seulement quelques cristaux octaédriques d'oxalate de chaux. Au contraire, l'urine du rein gauche était fortement alcaline, trouble, contenait du pus et de nombreux et larges cristaux de phosphate basique. Le diagnostic de pyélite du rein gauche fut substitué à celui de cystite.

2° Une femme souffrait très vivement de symptômes vésicaux depuis un an et demi : sa vessie avait été examinée, lavée, son urèthre dilaté, et de nombreux topiques appliqués à multiples reprises : tout cela sans aucun résultat. L'emploi de l'instrument montra que le rein gauche fabriquait de l'urine normale acide ; il ne venait pas d'urine du rein droit. Quant à l'urine recueillie de la vessie juste avant l'introduction de l'instrument, elle était faiblement acide, pâle, légèrement trouble et contenait de nombreux leucocytes au milieu desquels on apercevait de belles chaînettes de streptocoques. L'ensemble de tous ces faits nous conduisait à admettre que les symptômes vésicaux n'avaient été au début que des irradiations ayant pour point de départ une maladie du rein droit, tandis que la cystite qui existait incontestablement au moment de l'examen était une affaire secondaire due à une infection streptococcique de la vessie par le traitement qui avait été institué contre une cystite qui à ce moment n'existait pas.

Ces deux faits sont une excellente démonstration de la valeur de cet instrument dans le diagnostic différentiel de la cystite. Dans les formes tant soit peu graves de cystite, il se produit toujours des modifications dans la composition de l'urine par le fait de son séjour dans le réservoir ; or nous étions jadis incapables de dire si le pus avait son origine dans la vessie ou dans le rein. En éliminant, grâce à l'instrument, la vessie de l'arbre urinaire nous pouvons assigner aux éléments anormaux leur véritable origine.

Nous pouvons maintenant dire dans tel cas, s'il s'agit d'une maladie de vessie, d'une maladie des reins, ou si les deux viscères sont intéressés. L'inflammation limitée à la vessie, sans propagation, est une rareté Nous pouvons par l'examen chimique, histologique et bactériologique et la prise en considération de l'étiologie, déterminer la rareté et la cause des modifications qui s'opèrent dans la vessie.

Cet instrument n'est nullement destiné à être substitué au cystoscope et aux spéculums vésicaux, car ces appareils ont une application très limitée; chacun d'eux a ses indications; quant au séparateur des urines, il possède les avantages suivants :

1° Il collecte l'urine de telle façon qu'elle puisse être analysée;

2° Il ne pénètre pas dans les uretères et évite ainsi les dangers de l'infection rénale;

3° Non seulement il permet de distinguer une maladie du rein d'une maladie de la vessie, mais encore de déterminer l'état exact et la capacité fonctionnelle de chaque rein, ce qui est essentiel dans toutes les maladies de l'arbre urinaire;

4° Son maniement est simple et n'exige pas une habileté extraordinaire. P. N.

Traitement médicamenteux de la cystite chez la femme.
Par J.-H. Etheridge.

J'ai été chargé de l'étude des médicaments employés dans le traitement de la cystite; le traitement chirurgical doit donc être laissé de côté. La liste des médicaments employés anciennement contre la cystite est très longue, et je mentionnerai seulement ceux qui sont les plus employés à l'heure actuelle; ils sont peu nombreux. Le traitement actuel de cette maladie est presque exclusivement chirurgical; et depuis un quart de siècle, le champ de la thérapeutique médicale est devenu de plus en plus étroit. On peut diviser ce traitement en deux parties :

I. Général.

II. Local.

Le traitement général consiste principalement dans l'usage de médicaments activant les fonctions du tube digestif et de la peau, et de médicaments dont l'action modifie les caractères de l'urine. Celle-ci ne doit pas avoir une action irritante sur les organes atteints. Enfin d'autres médicaments doivent modifier la douleur et le ténesme vésical. Le régime doit aussi réclamer notre attention.

L'intestin devra être maintenu libre par des laxatifs pris journellement, à jeun. Il est de toute importance de se persuader qu'un verre d'eau chaude pris immédiatement après le laxatif lui sera d'un grand secours, à tel point qu'il suffira d'une bien moins grande quantité de médicament. Je ne puis affirmer que des selles plus nombreuses entraîneront hors de la circulation rénale des produits irritants pour

une vessie enflammée ; mais il est reconnu que la liberté de l'intestin contribue à diminuer les douleurs d'une vessie enflammée et que l'afflux sanguin qui se fait vers l'intestin grâce aux laxatifs tend à diminuer la congestion de la vessie.

Si la peau est sèche et ne fonctionne pas bien, il faudra faire journellement des frictions avec une grosse toile; en attirant par ce moyen le sang à la surface, on décongestionne les organes internes.

L'indigestion, la goutte, le rhumatisme, la grippe et particulièrement les exanthèmes sont autant de complications auxquelles il faudra prêter attention et remédier.

Le régime des malades atteints de cystite doit être surveillé de près. Le lait est très employé. Des guérisons de cystite grave et rebelle ont été obtenues par un régime exclusivement lacté. Le régime doit être surtout composé d'aliments liquides tels que lait, bouillon, jaunes d'œufs, extrait de bœuf, etc.

Contre la douleur et le ténesme, il faut employer les analgésiques. L'opium est le médicament par excellence contre la douleur. On l'emploie en poudre de Dower avec camphre ainsi qu'en suppositoires. Mais il a de sérieux inconvénients en troublant les sécrétions et les excrétions. La principale objection est dans l'habitude que l'on en prend. D'autres médicaments tels que le chloral et les bromures sont souvent employés contre la douleur. Ils n'ont pas les inconvénients de l'opium. Tous les analgésiques doivent être abandonnés dès que les indications le montrent. Et ce serait une grave responsabilité pour le médecin de laisser le malade s'habituer à l'opium.

Les indications du traitement médical sont fournies surtout par la réaction de l'urine. Si l'urine est trop acide ou très acide, il faut employer des médicaments qui la rendront alcaline ; si elle est alcaline, il faut changer sa réaction et c'est par l'ingestion de certains médicaments que l'on atteindra ce but.

En même temps que ces médicaments qui changent la réaction de l'urine, nous pouvons donner aussi par l'estomac des antiseptiques capables d'agir sur l'urine.

Le traitement de tous les cas de cystite comprend deux variétés de médicaments : ceux que l'on peut administrer par l'estomac et ceux que l'on peut appliquer dans la vessie.

La réaction acide de l'urine dépendant, dans la majorité des cas, du phosphate de soude, les médicaments alcalins corrigent l'hyperacidité.

Il faut faire une sélection dans les médicaments alcalins. Les sels de

lithine, carbonates et citrates, sont très agréables et très avantageux.

Le citrate de potasse, à la dose de 20 à 30 grains, 3 ou 4 fois par jour, est un des médicaments les plus efficaces pour neutraliser l'hyperacidité de l'urine. Quel que soit le médicament employé, on doit en même temps faire boire le plus d'eau possible. Une façon agréable de pousser les malades à prendre beaucoup d'eau est de la parfumer avec l'essence d'un fruit. Les acides des fruits sont convertis en carbonates alcalins dans le sang et agissent comme diurétiques.

Je tiens à mentionner ici le grand bénéfice que l'on retire de la grande quantité d'eau ingérée pour augmenter la sécrétion urinaire.

L'eau, chaude ou froide, doit être prise plusieurs fois par jour. Les tisanes seront prises en les acidulant avec du jus de citron ou d'orange; elles deviennent ainsi meilleures et facilitent la sécrétion.

La réaction alcaline de l'urine peut être changée par des médicaments pris à l'intérieur, mais qui sont peu nombreux. Le plus universellement employé est l'acide benzoïque ou ses dérivés.

L'acide borique change la réaction alcaline dans peu de cas, si on le compare à l'acide benzoïque.

Les acides minéraux à forte dose peuvent atteindre le même but.

Nous avons parlé des meilleurs médicaments pour changer la réaction de l'urine. On doit cependant surveiller leur emploi pour éviter de délabrer l'estomac.

Le second groupe des médicaments employés contre la cystite à l'intérieur, est la classe des agents bactéricides. Leur nombre est légion, et beaucoup ont été employés.

Depuis quelques années, de nouveaux médicaments ont été introduits qui demandent une plus longue expérience. L'urine des malades atteints de cystite est un excellent milieu de culture pour les micro-organismes. Ainsi : Kastalskaya a examiné 12 cas de cystite et a trouvé le bacterium coli, le streptocoque pyogène, le pseudo-bacterium coli, le pseudo-staphylocoque blanc, le bacillus fœtidus, le bacille tuberculeux, et des cocci non pathogènes.

Les plus anciens médicaments bactéricides sont la créosote, dont on se sert spécialement contre le bacille de Koch, le cubèbe, l'huile de santal, l'eau de goudron, l'uva ursi, le buchu, le salicylate de soude, et les sulfo-carbonates. Puis viennent les balsamiques et les térébenthines. Ce sont d'anciens remèdes, mais ils sont sûrs.

Nous arrivons maintenant à étudier des médicaments plus importants. Ils sont employés dans le traitement local de la vessie, et appli-

qués à l'aide du cathétérisme. Haggard dit que le cathétérisme malpropre suffit pour expliquer la majorité des cas de cystite chez la femme. Ainsi prévenus, nous pouvons affirmer que le cathétérisme malpropre peut amener des désordres vésicaux aussi sûrement que nos précautions peuvent les prévenir. Il n'est donc pas besoin de dire qu'un cathétérisme septique est absolument sans excuse. Sans entrer dans la technique employée pour le cathétérisme, je crois devoir dire que les mains et la sonde doivent être aussi propres que si l'on devait s'attaquer à la cavité abdominale. On peut éviter la douleur en injectant dans l'urèthre une solution de cocaïne à un quart pour cent.

Avant d'introduire un médicament dans la vessie, nous devons en enlever toutes les mucosités. La solution salée stérilisée ou une solution saturée d'acide borique peuvent être employées ; je me sers de cette dernière. Les injections doivent être faites par petites quantités à la fois, une once ou deux et poussées doucement. Une distension brusque de la vessie est très douloureuse et non sans danger.

On doit la laver 3 ou 4 fois avant de se servir du médicament.

Le choix du médicament à introduire dans la vessie dépend de ce qu'a révélé l'examen de l'urine. Dans tous les cas de cystite simple, le meilleur remède est le nitrate d'argent de 0,10 cent. à 0,50 pour cent ; dans des cas rebelles, 5 ou 6 gouttes d'uue solution à 1 p. 100. Son usage n'est pas douloureux ; il ne l'est qu'exceptionnellement.

Dans les premiers temps, le lavage est fait tous les deux jours, plus tard tous les jours, et il peut être continué autant qu'il le faudra. On peut en même temps donner des médicaments à l'intérieur, afin de modifier les urines.

S'il y a ulcération ou suppuration, on peut se servir de l'acide phénique. Quand l'urine est chargée de mucosités et de pus, le tannin est d'un grand secours, à la dose de 50 centigr. pour 30 grammes. Enfin on peut aussi se servir de sulfate de zinc et d'acétate de plomb, ainsi que d'une infusion d'hydrastis canadensis, d'une solution de chlorate de potasse ou de perchlorure de fer. Beaucoup d'autres médicaments ont aussi été employés dans la vessie. J'ai noté les plus importants.

On ne peut se servir des opiacés et des autres analgésiques dans la vessie, parce que la muqueuse vésicale n'est pas uue surface absorbante ; ils ne peuvent donc soulager la douleur. Quand les injections vésicales sont par trop douloureuses on peut y remédier par une injection de morphine.

En résumé, quand l'examen de la vessie a démontré que le traitement

chirurgical devait être abandonné et qu'il fallait établir une médication interne et un traitement local, on doit faire une analyse d'urine pour déterminer quels médicaments il faut employer si l'urine est acide ou alcaline, et s'efforcer de remédier aux troubles de la digestion. On devra en même temps décider de l'emploi des analgésiques, et de grandes quantités d'eau doivent être absorbées.

Le traitement local doit être fait avec les précautions antiseptiques les plus grandes; la première chose à faire est de nettoyer la vessie aussi complètement que possible avec une solution salée ou une solution saturée d'acide borique; dans la majorité des cas de cystite, ce traitement est suffisant. Quand l'amélioration ne se fait pas sentir au bout de 10 à 14 jours, on se sert d'une solution de nitrate d'argent, qui donnera un bon résultat. Beaucoup de médecins se servent de ce médicament dès le début, disant que le nitrate d'argent est le médicament par excellence contre l'inflammation des muqueuses, et que l'on gagne du temps en commençant par lui le traitement de la cystite; cela est vrai. Les cas qui résistent au traitement local et général tombent sous la main du chirurgien. P. N.

Traitement chirurgical de la cystite chez la femme, par ALEXANDER HUGH FERGUSON.

Le traitement chirurgical de la cystite chronique chez la femme est un peu différent de ce qu'il est chez l'homme. On peut, chez la femme, faire, à l'aide du cystoscope, des applications locales sur des ulcérations et même les curetter. Chez elle on peut, avec des solutions de nitrate d'argent ou avec tout autre topique, toucher directement les parties enflammées et les ulcérations sans cautériser en même temps les parties saines de la muqueuse.

De même, il y a quelque chose de spécial dans la cystostomie sus-pubienne quand on se trouve en présence d'une femme; quoiqu'on y ait eu recours, je ne crois pas que le drainage sus-pubien soit supérieur au drainage uréthral temporaire.

La colpocystotomie, autour de laquelle on a mené grand bruit, doit être condamnée. Des modes plus chirurgicaux et plus rationnels de traitement ont pris sa place. Elle ne facilite en rien le traitement direct des parties enflammées, ulcérées ou malades de la muqueuse. Si le repos et le drainage permanent de la vessie semblent le mode de traitement le meilleur, la cystostomie sus-pubienne trouve son indica-

tion; elle n'a pas les inconvénients de la fistule vaginale et ne réclame pas pour guérir une opération secondaire, tandis que la fistule vésico-vaginale est une cause constante d'ennuis par le passage des urines dans le vagin, et qu'elle nécessite pour guérir une opération secondaire. Je n'ai eu qu'une fois recours à la colpocystotomie et je regrette de l'avoir faite, parce que j'ai dû faire trois opérations successives pour fermer la fistule et que la cystite n'a pas été guérie.

Avant d'instituer un traitement chirurgical direct contre la cystite, il faut toujours examiner avec soin l'utérus et les annexes. Il faut rechercher l'état des reins. Quelquefois il faut faire une néphrotomie ou une néphrectomie avant d'aborder le traitement vésical. C'est ainsi, par exemple, que s'il y a tuberculose rénale, il vaut mieux commencer par traiter cette dernière avant d'aborder la vessie, l'extension des lésions rénales étant plus grave que celle des lésions vésicales que l'on traitera secondairement. H. H.

La prophylaxie de la cystite chez la femme, par S. A. Ketsch.

Les conditions dans lesquelles se développe la cystite de la femme ont été très heureusement modifiées. Autrefois il était commun de voir la cystite suivre l'accouchement, quand on avait recours au cathétérisme pour vider la vessie. On sondait à cette époque les malades sans même soulever les vêtements. Le résultat de cet excès de pudeur était le développement d'une maladie de longue durée. Nous n'avons plus ces fausses hontes, nous exposons bien à la vue le méat; nous lavons soigneusement les parties, et de cette façon nous passons un cathéter sans transporter de germes infectieux dans sa cavité. Le résultat est que la vessie reste saine après l'accouchement.

Il existe une série de conditions anormales du bassin osseux et de son contenu qui favorisent le développement de lésions vésicales au moment de l'accouchement.

Tels les rétrécissements du bassin qui gênent le passage de l'enfant sont une cause de risques de lésions pour la vessie. Aujourd'hui nous savons traiter ces cas par la symphyséotomie, la version, le forceps aussi bien que par la section césarienne et l'opération de Porro.

Une inclinaison excessive du bassin prolonge la durée de l'accouchement et augmente les dangers de compression de la vessie (compression, contusion de la vessie, fistule, etc.). Pendant la grossesse, une déviation utérine, la rétroversion peut occasionner des accidents graves

du côté de la vessie, accidents auxquels il importe de parer à temps. La vessie peut subir les changements de situation et de forme les plus considérables sans qu'une cystite se développe. L'éclosion d'une cystite demande le concours de plusieurs circonstances (état congestif, infection hétérogène d'ordinaire, rétention de l'urine décomposée). Si l'une de ces circonstances existe isolément, on peut en général écarter aisément tout danger. Le résultat est déjà plus incertain, quand il y a combinaison de deux de ces facteurs.

On sait qu'il existe souvent chez la femme un état d'irritabilité de la vessie, vessie irritable, entraînant de la congestion. Mais, dès que la congestion cesse, les accidents vésicaux s'amendent.

L'expérience enseigne qu'il faut, pour écarter les troubles vésicaux : 1° éviter de créer une condition d'où peut naître une cystite, 2° débarrasser la malade d'une condition déjà existante sans en créer une nouvelle à la faveur de notre intervention. Une condition unique peut exister longtemps sans déterminer la cystite. En beaucoup d'autopsies, j'ai pu constater un état congestif de la muqueuse vésicale, une vascularité intense indiquant que la stase vasculaire datait de loin, sans qu'il fût survenu des altérations inflammatoires. Je me demande aussi si l'infection, seule, est capable de causer la cystite. On a expérimenté sur l'animal pour tâcher de résoudre la question, mais, dans ces expériences, n'a-t-on pas précisément, en introduisant la matière infectieuse, produit une lésion qui est devenue le foyer de l'infection, le point d'inoculation ?

Il est donc capital, quand on est obligé d'agir sur la vessie, d'entourer son intervention des précautions les plus rigoureuses, c'est-à-dire d'éviter toute contamination et tout traumatisme capable de produire des lésions. R. L.

Discussion :

Kreisll. — On pense communément que le bacterium coli ne se rencontre que dans l'urine acide, tandis que d'autres micro-organismes, pathogènes, micrococcus ureæ, diplococcus Hauser et staphylococcus pyogenes aureus, peuvent se trouver dans l'urine alcaline. Dans un travail documenté de 62 cas de maladies infectieuses de l'appareil génito-urinaire, Melchior divise les faits en trois groupes : 1° faits très rares, processus purement bactériens, 2° cas dans lesquels la vessie est le siège principal de l'infection ou a été le foyer d'origine, cystite, cysto-pyélo-néphrite, 3° cas dans lesquels l'origine de la maladie réside dans les portions supérieures de l'appareil urinaire, dans les reins ou

le bassinet. Chez 3 femmes rentrant dans le premier groupe, on trouva le bacterium coli dans l'urine acide; dans un quatrième cas, celui d'un jeune homme atteint d'uréthrite et de prostatite chronique qui présenta des accidents de cystite aiguë à la suite de rapports sexuels, l'urine ne renfermait que le diplococcus ureæ. Dans le second groupe, le plus nombreux, rentraient 30 cas de cystite et 7 de cysto-pyélonéphrite. Dans ces 37 cas, la vessie était-elle le siège principal ou le foyer d'origine de l'infection, propagée consécutivement au bassinet ? 12 de ces cas concernaient des femmes, les autres des hommes.

Bactéries trouvées dans l'urine : bacterium coli 16 fois, en culture pure 14 fois ; diplococcus ureæ 10 fois, en culture pure 8 fois; proteus Hauser 6 fois, en culture pure.

Sur les 37 cas de cystite, urine ammoniacale 16 fois, acide 21 fois. Dans ces 21 cas, on trouva le bacterium coli 15 fois, le gonocoque 1 fois et les autres fois le diplococcus ureæ exclusivement. Le plus grand nombre de ces cystites pouvaient être rapportées à une uréthrite, à une infection produite par des instruments, un cancer, ou à un processus émané d'organes périvésicaux. Dans 5 seulement (concernant tous des femmes), la maladie s'était développée spontanément, mais pouvait être rapportée à une auto-infection d'origine vulvaire et vaginale (présence à peu près constante du bacterium coli dans les organes génitaux féminins et protection médiocre du méat urinaire).

Le troisième groupe comprenait 11 cas : *a*) 4 de tuberculose du canal urinaire, *b*) 3 de pyélite due au coli, *c*) 1 de cystite due au coli avec infection rénale, *d*) 3 d'infection par diplococcus ureæ.

La cystite gonorrhéique, pure, est extrêmement rare (cas de Wertheim, de Lindholm, etc.). Dans les autres cas, il s'agissait d'infections mixtes.

Une complication rare de la cystite gonorrhéique chronique, observée chez la femme par Kolischer de Vienne, c'est la cystite ulcérative, avec infiltration (infiltrating ulcerating cystitis).

Un point important, négligé jusqu'ici dans ce débat, c'est l'urine résiduale.

Or, cette urine est capable d'entretenir la cystite et de favoriser la multiplication des micro-organismes. On n'a pas signalé, au nombre des substances thérapeutiques, l'urotropine (?) inefficace contre la cystite gonorrhéique, mais utile contre les cystites communes. D'autre part, le nitrate et le lactate d'argent sont les meilleurs topiques dans les cystites communes et infectieuses, à la condition de

ne pas employer des solutions plus concentrées que 1 p. 1000, tout au plus 1 p. 500 et pas plus d'une once chaque fois. Les instillations de 10 à 20 gouttes d'une solution à 5 ou 10 p. 100 sont non seulement extrêmement irritantes et douloureuses, mais non efficaces. Il est possible, avec l'uréthroscope, d'appliquer ces solutions sur une petite surface, mais elles ne prennent pas contact avec toute la surface malade quand la vessie est vide et ses parois contractées.

L'instrument imaginé par Harris représente une innovation remarquable pour l'examen de la vessie et pour obtenir, en certains cas, séparément, l'urine des reins. Comme le cystoscope, il a ses limites et ses contre-indications, mais il peut rendre des services dans les cas où le cystoscope est en défaut, par exemple, dans ceux où il est impossible de trouver l'extrémité vésicale de l'uretère ou de la pénétrer avec le cathéter, dans ceux aussi où la capacité de la vessie trop réduite ne permet pas d'injecter la quantité de liquide ou d'air nécessaire à un bon examen cystoscopique.

Dudley s'élève contre la condamnation absolue de la colpo-cystotomie prononcée par Ferguson. Certes, l'opération n'est pas indiquée dans les cystites aiguës, mais dans les formes chroniques de la maladie où la paroi vésicale est très contractée et très épaissie et où elle est le siège d'altérations ulcéreuses étendues, elle est la seule thérapeutique convenable. Il est en effet des cas de souffrances extrêmes, prolongées, tenaces, dans lesquels la colpocystotomie, en mettant la vessie à un repos complet, procure un soulagement immédiat et extrême. L'opérateur vise un double résultat : d'abord, palliatif ; puis, curatif. Dans un certain nombre de cas, la maladie au niveau de la vessie et dans les zones supérieures des voies urinaires est si étendue que l'opération ne peut être que palliative ; une cure, au sens anatomique, est en réalité impossible La capacité urinaire est parfois réduite à une demi-once et on ne saurait songer, en semblables conditions, à une cure secondaire de la fistule vésico-vaginale. Mais, au contraire, dans d'autres cas moins graves, cette fistule, qui ne doit être que temporaire, permet un traitement direct, plus efficace de la vessie.

Dudley s'élève vivement contre les irrigations vésicales intempestives. En général, il ne faut les faire qu'après examen cystoscopique, par la raison que la *maladie* de la vessie peut être *localisée* et de ce fait réclame un *traitement* purement *local*. Les irrigations risquent non seulement de ne pas guérir la lésion locale, mais de compromettre la paroi qui est saine.

La dilution extrême de l'urine qui résulte de l'ingestion d'une grande quantité d'eau, et l'abondance corrélative de l'urine remplace avantageusement les irrigations artificielles vésicales; en fait, c'est une méthode d'irrigation naturelle et souvent efficace.

D'autre part, on ne saurait trop insister sur la nécessité d'une asepsie rigoureuse dans la thérapeutique intra-vésicale.

Goldspohn (A.). — Il est des cas dans lesquels on observe tous les symptômes que Belfield a reconnus à la cystite, et où cependant il n'existe aucun processus inflammatoire d'une région quelconque des voies urinaires, reins, bassinets, uretères, vessie. Il s'agit alors de troubles vésicaux de nature nerveuse et d'ordre réflexe, analogues à ces accidents dyspeptiques si fréquemment associés à une maladie des organes génitaux. Ces accidents vésicaux, donnant l'illusion d'une cystite, peuvent coïncider avec des déplacements, des états hyperhémiques et inflammatoires des organes internes de la génération. Toutefois, il importe toujours de s'efforcer de faire un diagnostic exact et de ne conclure qu'après soigneux examen à un état purement irritable de la vessie. Cette notion de la vessie irritable est utile, car elle permettra, en l'absence de cystite, d'éviter des médicaments et des manœuvres qui ne sont pas sans inconvénients.

L'auteur note encore qu'il a obtenu de bien meilleurs résultats de l'emploi d'une solution aqueuse stérilisée d'huile de girofle, à 1/4 ou 1/2 p. 100, que de la banale solution boriquée.

Cuthbertson (W.). — Il est un certain nombre de cas dans lesquels les accidents vésicaux, qui pourraient faire croire à l'existence d'une cystite, ne sont pourtant que des troubles fonctionnels, indépendants de toute lésion de la vessie. A l'appui de cette opinion, il cite l'observation d'une femme à laquelle il suffit de faire ingérer des boissons abondantes, de la soumettre à un régime humide en quelque sorte pour voir disparaître des accidents vésicaux que ni les médicaments internes ni les irrigations ordinaires n'avaient pu atténuer.

Bacon (Ch.). — A son avis, on n'a pas suffisamment, dans la discussion actuelle, précisé les conditions des actes thérapeutiques; pourquoi, comment faut-il les faire, dans quelle proportion faut-il les répéter, etc. ? Il lui a paru, d'autre part, que, dans la pensée générale, ces applications (irrigations antiseptiques, etc.) étaient destinées à détruire dans l'intérieur de la vessie l'agent infectieux. Or, c'est là une erreur ! L'époque est déjà lointaine où l'on espérait, dans une infection quelconque, détruire l'agent infectieux par des topiques antiseptiques. Nous

ne pouvons détruire le bacillum coli, le staphylocoque, le bacille de la tuberculose, ou tout autre agent infectieux avec les solutions boriquées. Nous savons, par ce qui se passe en particulier dans le traitement de la gonorrhée soit du vagin, de l'urèthre, du col ou du corps de l'utérus, que les applications antiseptiques sont parfois de valeur douteuse. Elles font, à l'occasion, plus de mal que de bien, et l'on doit de plus en plus arriver à cette conviction *qu'une guérison est effectuée par la nature elle-même et que nous assistons simplement la nature*. N'est-ce pas le cas dans les infections de la vessie? Ne devons-nous pas nous appliquer surtout à mettre les malades dans les meilleures conditions pour seconder les forces réactionnelles de la nature? Une des plus importantes consiste à supprimer la congestion, l'hyperhémie des organes pelviens, de la vessie et des autres organes. On peut la réaliser en plaçant le plus tôt possible la malade dans le décubitus horizontal et en stimulant la circulation de façon à supprimer l'hyperhémie de la vessie.

D'autre part, quand on fait des irrigations de la vessie, c'est évidemment dans le but de la drainer largement. Or, ce drainage peut en certains cas s'effectuer à la faveur d'une position spéciale (génu-pectorale, etc.).

Bacon (J.). — Avec l'engouement actuel de certains gynécologistes pour la voie vaginale, on entreprend par cette voie des opérations souvent très longues, au cours de laquelle la vessie subit des compressions prolongées (action des écarteurs, surtout de l'écarteur vaginal antérieur) et de forts tiraillements, conditions susceptibles de compromettre la vitalité, la résistance et même l'intégrité de la muqueuse vésicale. Il en résulte que des micro-organismes pathogènes, restés jusque-là inoffensifs à cause de l'intégrité de la muqueuse, sont rendus tout à coup dangereux à cause des effractions, des lésions qu'elle a subies.

Frankestal (L.). — L'antisepsie absolue, c'est-à-dire la suppression complète de tous germes nocifs, des organes génitaux externes, de l'urèthre en particulier, étant en maintes circonstances irréalisable, cela l'a conduit à faire prendre pour le cathétérisme des précautions particulières. Le cathéter est d'abord introduit d'un centimètre seulement dans l'urèthre et mis en communication avec l'irrigateur garni de solution boriquée à saturation; l'instrument n'est poussé plus à fond qu'en même temps que s'opère l'irrigation.

Mc Arthur (L.), tout en reconnaissant l'avantage de l'instrument imaginé par Harris, relève à son passif plusieurs choses : 1° malgré

la réalisation des conditions requises pour l'examen, d'après Harris, il ne permet pas de déterminer toujours s'il s'agit d'une pyélite ou d'une cystite ; 2° le siège d'élection des papillomes de la vessie est aux orifices de l'uretère. Or, la présence d'un peu de sang dans l'un ou l'autre des flacons où l'on a déposé le liquide obtenu avec cet instrument ne suffit pas pour faire un diagnostic précis. Dans un cas d'urines purulentes où les accidents étaient imputables au rein, il était nécessaire de savoir sûrement s'il s'agisssit d'une maladie du rein avant de procéder à l'opération.

J'utilisai le cathéter d'Harris dans le but d'élucider ce point.

Je lavai la vessie et recueillis de l'urine purulente d'un côté, et de l'urine normale de l'autre côté. Je m'efforçai de plus d'obtenir assez d'urine pour y déterminer la proportion de l'urée (2 p. 100), et étudier le sédiment correspondant au côté sain et au côté malade. Le sujet mourut. Or, l'autopsie montra que le rein du côté malade avait fait tout le travail, car son congénère était un organe tout à fait rudimentaire.

Harris. — Il n'a pas dit que son instrument permettait toujours d'établir laquelle était primitive de la cystite ou de la pyélite. Mais il met en évidence la pyélite et montre qu'il faut cesser dans ce cas un traitement dirigé contre la cystite et partant sans utilité. En ce qui concerne l'erreur d'appréciation indiquée par Mc Arthur sur l'intégrité fonctionnelle du rein, commise dans le cas qui a été signalé, elle est imputable à l'opérateur et non à l'instrument.

Harris a, précédemment, indiqué comment, avec son cathéter urétéral, on peut déterminer la capacité rénale; or c'est un élément qu'il faut soigneusement établir pour chaque rein toutes les fois que l'indication se pose d'un acte chirurgical sur l'un d'eux. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Operative Gynecology, par Howard Kelly, 2 volumes. Appleton, éditeur, New-York, 1898.

Nous n'entreprendrons pas l'analyse des deux beaux volumes que vient de publier Howard A. Kelly. Le nom de l'auteur est garant de l'intérêt qui s'y attache. Dans cette œuvre très personnelle, on trouve

réunis une série des travaux déjà antérieurement publiés par Kelly, ses recherches sur l'uretère, son procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, etc., réunis à un grand nombre d'autres études, si bien que toute la gynécologie et même, pourrions-nous dire, une bonne partie de la chirurgie abdominale (l'appendicite, les anastomoses intestinales) se trouvent exposées dans ce traité. D'importance inégale suivant les chapitres, cet ouvrage offre un intérêt considérable, car il nous donne le résultat des recherches d'un grand travailleur et d'un bon opérateur. C'est une œuvre très personnelle et comme telle importante à consulter pour tous ceux qu'intéresse la chirurgie abdominale et gynécologique. Si nous ajoutons que l'ouvrage est luxueusement édité, que les figures, toutes inédites, en sont remarquablement exécutées et parfaitement reproduites, nous en aurons assez dit pour engager à lire ce traité, le plus intéressant qui ait été publié depuis des années.

Néoplasmes kystiques de l'utérus, par Eugène Druon. Paris, Maloine, éditeur, 1899.

Sous le nom de néoplasmes kystiques de l'utérus, l'auteur décrit toutes les productions composées d'une masse solide néoplasique et d'une portion liquide contenue dans une ou plusieurs cavités qui, par leur volume considérable, donnent à ces productions leur caractère particulier.

Ces néoplasmes kystiques dérivent le plus souvent de fibromes. Les kystes sont le résultat de : 1° la dilatation de vaisseaux lymphatiques ; 2° l'infiltration œdémateuse par suite de stase aidée par la perméabilité excessive de vaisseaux très jeunes ; 3° la nécrose en foyer, consécutive à l'oblitération des vaisseaux sanguins par des thrombus néoplasiques provenant de la prolifération de l'endothélium vasculaire; 4° l'inclusion d'épithélium provenant soit de la muqueuse utérine, soit de débris du corps de Wolf.

On peut soupçonner une néoplasie kystique de l'utérus lorsque, vers l'âge de la ménopause chez une femme portant antérieurement un fibrome, on voit la tumeur prendre un accroissement rapide, lorsque cette tumeur est manifestement d'origine utérine (agrandissement de la cavité à l'hystéromètre, communication au col des mouvements).

Le traitement est l'hystérectomie abdominale totale.

La suture intestinale. Histoire des différents procédés d'entérorrhaphie, par Félix Terrier et Marcel Baudouin.

Un peu délaissée en France jusqu'à ces dernières années, la chirur-

gie intestinale gagne de jour en jour du terrain. Aussi l'ouvrage que nous donnent MM. Terrier et Baudouin vient-il à son heure. Les chirurgiens que la question intéresse et qui n'ont cependant pas leur technique bien arrêtée, ne savaient où étudier les divers procédés préconisés. A la suite de patientes recherches, MM. Terrier et Baudouin ont réuni sous forme chronologique les nombreux mémoires publiés sur cette question. C'est dire que leur travail, le plus complet qui ait été publié, intéressera le lecteur. De nombreuses figures, une blibliographie étendue et précise lui assurent le succès. C'est un ouvrage qui a sa place indiquée dans la bibliothèque de tous les chercheurs.

H. H.

Compte rendu des travaux publiés sur les maladies de l'appareil urinaire et sur celles de l'appareil génital de l'homme et de la femme, par Jores, Gessner, Finger et Freund. Extrait de *Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere*, de Lubarsch et Ostertag. Bergmann, éditeur, à Wiesbaden, 1898.

On trouve dans ce volume le résumé des travaux publiés dans ces dernières années sur les maladies de l'appareil génital urinaire de la femme. Ces travaux sont classés par ordre de matières. L'ouvrage se termine par l'analyse faite par Eber des maladies de l'appareil génital des animaux.

VARIÉTÉS

Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris.

La première séance de cette Société, fondée le 20 janvier dernier, a eu lieu le vendredi 3 février, à 8 heures et demie, à l'Hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Hervieux, médecin honoraire de la Maternité, ancien président de l'Académie de médecine, doyen d'âge.

Membres titulaires.

MM.	MM.	MM.
BAUDRON.	JALAGUIER.	POZZI.
BOUFFE DE SAINT-BLAISE.	KIRMISSON.	QUÉNU.
BOUILLY.	LABADIE-LAGRAVE.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BROCA.	LE GENDRE.	RICHELOT.
BRUN.	LEGUEU.	ROUTIER.
CHAMPETIER DE RIBES.	LEPAGE.	SCHWARTZ.
DELBET.	LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.	SEGOND.
DOLÉRIS.	MARFAN.	SIMON (JULES).
GUINON.	MÉRY.	TERRIER.
HARTMANN.	NÉLATON.	VARNIER.
HERVIEUX.	PINARD.	WALLICH.
HUTINEL.	POTOCKI.	

Le Bureau est ainsi constitué :

MM. PINARD, Président.
TERRIER, Vice-président.
VARNIER, Secrétaire général.
BAUDRON, Secrétaire annuel.
LEGUEU, —
POTOCKI, Archiviste.
CHAMPETIER DE RIBES, Trésorier.

Sont nommés membres honoraires : les professeurs F.-J. HERRGOTT, de Nancy, et L.-D. MOUSSOUS, de Bordeaux.

La deuxième séance aura lieu, au siège de la Société, le vendredi 3 mars, à 8 heures et demie du soir.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

APPENDICITE ET GROSSESSE

Par A. Pinard (1).

Après les communications si nombreuses et si importantes faites ici sur l'appendicite, après les orateurs aussi éloquents que compétents entendus par vous mardi dernier et aujourd'hui même, vous annoncer qu'en montant à cette tribune mon but est de vous entretenir encore de ce sujet, va, selon toute vraisemblance, vous paraître un acte téméraire et inutile.

Cependant, si vous voulez bien entendre avec votre habituelle bienveillance la brève communication que je vais vous faire, j'espère que vous serez convaincus que ma témérité a au moins une excuse : le désir d'être utile.

Je me hâte de dire que mon intention formelle est de n'envisager aujourd'hui l'appendicite que dans ses rapports avec la première période de la puerpéralité, c'est-à-dire avec la grossesse, et de n'étudier surtout que les chapitres concernant le traitement et le diagnostic.

Si, lors de la communication que j'ai eu l'honneur de vous faire l'année dernière, le 22 mars, quelques-uns d'entre vous ont pu croire que l'appendicite venant compliquer la grossesse constitue un accident tout à fait exceptionnel, il faut qu'ils se détrompent. Depuis le 22 mars, c'est-à-dire depuis moins d'une année, j'ai pu observer trois cas d'appendicite chez des femmes enceintes, une fois en consultation, deux fois dans ma propre clientèle, et je sais que, depuis la même époque, outre les observations publiées, des cas semblables, mais inédits, ont été vus

(1) Communication à l'*Académie de médecine*, 16 février 1897.

par quelques-uns de nos collègues. Cela ne veut pas dire que la grossesse prédispose à l'appendicite — hypothèse probable, mais non encore prouvée par un assez grand nombre de faits — mais cela montre que cette redoutable complication est à craindre et peut être rencontrée chez la femme enceinte comme chez tout individu. Je dois déclarer que si mes deux clientes sont actuellement vivantes, c'est parce qu'elles ont été opérées à temps, et si elles ont été opérées en temps opportun, c'est que j'avais puisé dans les travaux de nos collègues, dans les communications faites à cette tribune, les connaissances suffisantes, les éléments nécessaires pour déterminer l'indication absolue de l'acte opératoire.

Aussi, ne vous étonnerez-vous point de m'entendre leur adresser l'expression de ma vive gratitude. Sans eux, sans leurs études consciencieuses, sans leur ténacité à montrer l'importance et la gravité de cette affection, ces deux belles jeunes femmes auraient eu le sort de ces deux malheureuses que j'ai vues mourir pendant cette même année, et qui sont mortes parce que, le diagnostic n'ayant pas été fait ou l'ayant été tardivement, toutes deux succombèrent avec le ventre rempli de pus, l'une enceinte de cinq mois, l'autre de six mois.

La lecture attentive des observations publiées, ce que j'ai constaté dans les cas observés par moi personnellement, me conduisent à adopter pour le traitement de l'appendicite compliquant la grossesse la formule de notre collègue Dieulafoy, à laquelle se ralliait mardi dernier notre collègue Reclus, et je dis : *Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.*

Que peut-on objecter à cette formule ? que l'appendicite peut rester catarrhale ou ne déterminer qu'une collection purulente localisée, qu'une péritonite enkystée. J'admets, si l'on veut, la réalité de ces modalités pathologiques ; mais quel est donc le clinicien qui osera affirmer que, dans tel cas, l'appendicite restera catarrhale, que dans tel autre cas, la péritonite restera localisée ?

Sur quels symptômes s'appuiera-t-il pour établir cette classi-

fication ? Mais le temps, dira-t-on, mais la marche de l'affection pourront apporter la lumière. Peut-être, mais ce sera trop souvent la lumière funèbre. Et j'en demande pardon à mon éminent collègue M. Ferrand, ce n'est point dans la communication qu'il vient de nous faire que je trouve les indications suffisantes pour légitimer l'expectation ou le traitement dit médical.

Est-ce que dans les observations publiées, dans les observations rapportées par notre collègue Dieulafoy, l'on ne trouve pas la preuve de l'évolution rapide et foudroyante dans certains cas ? Est-ce que nous ne savons pas aujourd'hui combien vite le fœtus court de dangers, soit par le fait de l'intoxication, comme dans deux de mes observations, soit par le fait de l'infection, comme le démontrent l'observation de Krönig (1) et celle de Wallich (2), soit enfin par simple expulsion prématurée?

Dans ces conditions, en n'opérant pas, quelques femmes atteintes d'appendicites à manifestations localisées pourront mener leur grossesse à terme, mais ne seront pas guéries, comme le faisait justement remarquer notre collègue Reclus et comme le prouvent les observations de Tuffier (3), de Le Gendre (4) et de Bouveret (5). En opérant toujours, et le plus tôt possible, les femmes atteintes d'appendicite à manifestations localisées guériront de leur appendicite et mèneront dans la plupart des cas la grossesse à terme ; les femmes atteintes d'appendicite à manifestations graves avorteront presque toujours, mais guériront le plus souvent. Tel est le bilan qui peut être établi d'après les observations que j'ai pu étudier ou voir.

Je crois nécessaire et absolument utile de faire connaître une fois de plus ces résultats, afin d'éclairer nos confrères qui, pour la première fois, se trouveront en face de cas semblables, et aussi afin de préparer les familles. Je m'explique. Il ne faut pas seule-

---

(1) KRÖNIG. *Bakteriologie d. genitalkan. der Schwangeren, Kreissenden und Puerper*. In-8°, Leipzig, 1897, p. 107.

(2) WALLICH. De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. *Clinique obstétricale*, par A. PINARD. Paris, 1889, p. 109 et 110.

(3) TUFFIER. *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, 1897, p. 206.

(4) LE GENDRE. *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, 1897 p. 200.

(5) BOUVERET. In Thèse de BOUTTIER, p. 36, 1887.

ment que le corps médical soit convaincu de la nécessité de l'intervention dans les cas d'appendicite, il faut aussi que le public en soit averti. Je vais vous en donner la preuve. Dans le cas de cette jeune femme, dont nous a parlé, mardi dernier, notre collègue Dieulafoy, et qui fut opérée par mon ami Segond, le 14 janvier dernier, voici exactement ce qui se passa. Cette jeune femme est ma parente, et dans la famille on veut bien m'accorder quelque confiance. Malgré cela, dès que le jeudi je fis entrevoir la nécessité probable d'une intervention, je fus reçu assez froidement. Je fis préparer et chauffer une chambre d'opération quarante-huit heures à l'avance, je fis prévenir le Dr Segond; j'espérais, en demandant le secours de mon collègue Dieulafoy, vaincre les résistances; et bien, je dois l'avouer, ce n'est pas la confiance qu'on m'accordait, ce n'est point l'autorité et l'éloquence de mon collègue Dieulafoy, pas plus que celle de Segond qui enlevèrent la situation et déterminèrent le consentement de toute la famille, ce fut le père de la jeune femme; non pas parce qu'il a autant de cœur que de jugement, mais parce qu'avec ces qualités, il savait que la fille d'un de ses amis, atteinte d'appendicite, était morte parce qu'elle n'avait pas été opérée.

Le médecin ne doit avoir à lutter que contre les difficultés du iagnostic.

Avec une observation attentive des faits, il me semble que dans la pluralité des cas, à l'heure actuelle, l'accoucheur, au courant des descriptions dont s'est enrichie la littérature médicale depuis quelques années, pourra faire le diagnostic d'appendicite compliquant la grossesse.

L'étude de ce diagnostic a été tentée déjà par P. Munde (1), puis par R. Abrahams (2) et, ai-je besoin de le dire, par notre collègue Dieulafoy (3), et c'est en utilisant les travaux de ces auteurs, ainsi que les observations publiées ultérieurement, que je vais essayer à mon tour d'esquisser ce chapitre.

(1) MUNDE. *Medical Record*, 26 octobre 1895, p. 611.

(2) R. ABRAHAMS. *American journal of obstetrics*, février 1897.

(3) G. DIEULAFOY. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, XVIe leçon : « La grossesse et l'appendicite », p. 315.

Aujourd'hui, il doit être à la connaissance de tous les médecins que l'appendicite peut s'observer pendant toute la durée de la grossesse. De plus, il faut savoir que l'appendicite peut faire son apparition chez une femme dont l'état de santé est florissant et toutes les fonctions régulières, aussi bien que chez une femme ayant une constipation opiniâtre ou ayant eu déjà des appendicites à répétition. Ou bien le début est celui d'une simple indigestion (coliques, nausées, vomissements, diarrhée); ou bien la douleur abdominale seule ouvre la scène. Cette douleur est le plus souvent localisée dans la moitié droite du ventre et surtout dans la fosse iliaque, au point fameux connu sous le nom de point de Mac Burney. Mais il faut savoir que, quelquefois, au début, comme j'ai pu le constater, la douleur est généralisée. De plus, je l'ai rencontrée trois fois siégeant au niveau du foie et une autre fois dans la région inguinale. Dans tous les cas, il y a douleur, cette dernière ne disparaissant que quand la péritonite est diffuse ou généralisée. Quoi qu'il en soit, la température ne tarde pas à s'élever. Je n'ai point rencontré, ni dans les observations de mes confrères, ni dans les miennes, des hyperthermies accentuées dès le début. Dès les premiers jours, la température gravite autour de 38 degrés et le pouls autour de 100. Les vomissements peuvent continuer ou faire place à des éructations nombreuses. Il en est de même de la diarrhée, à laquelle succède ordinairement une constipation opiniâtre.

Mais toujours un symptôme peut être perçu : c'est la contracture particulière des muscles de la région droite, si bien appelée défense musculaire et coïncidant avec un léger tympanisme. Le véritable ballonnement n'apparaît que plus tard.

Ce cortège symptomatique me paraît assez caractéristique pour que le diagnostic puisse être posé. La vulgaire indigestion n'a pas de suites, ou n'a guère de suites comparables à la symptomatologie de l'appendicite. La colique hépatique et, je puis dire, les affections du foie auxquelles on peut et doit songer au début, ont des symptômes qui leur sont propres. Les vomissements de la grossesse, même opiniâtres, ne déterminent que des douleurs localisées aux attaches diaphragmatiques, et

si on peut constater à un moment donné de l'accélération du pouls dans ces cas, on ne constate pas d'élévation de température, si ce n'est exceptionnellement dans la période ultime.

La grossesse extra-utérine même, siégeant à droite, tubaire ou autre, ne me paraît pas devoir être confondue avec l'appendicite. Dans les cas où il y aurait complication de ces deux accidents, comme dans l'observation de Black (1), — observation sujette à caution du reste, — l'erreur serait aussi pardonnable que peu dangereuse. La rupture d'un kyste fœtal s'accompagne de symptômes hémorrhagiques particuliers. Ces antécédents mettront sur la voie d'un kyste fœtal infecté et donnant lieu à des phénomènes de péritonite. Je ne ferai que signaler le diagnostic différentiel à faire avec la salpingite et l'annexite, et cela au début de la grossesse seulement, et enfin avec les tumeurs juxta-utérines siégeant à droite (abcès de l'ovaire, rein flottant, etc.). Enfin, il me paraît qu'il suffit de nommer la fièvre typhoïde pour l'éliminer.

Cette simple esquisse du diagnostic de l'appendicite et du diagnostic différentiel présente, je le sais, de grandes lacunes. Mais j'ai tenu à rester confiné sur le terrain obstétrical. Aussi je viens faire appel à mes collègues plus compétents et je les supplie de venir nous donner une étude magistrale du diagnostic différentiel avec les colites, l'entéro-colite, etc. Ils rendront ainsi la tâche plus facile à des confrères moins expérimentés et feront éviter des erreurs fâcheuses ; car s'il est nécessaire d'enlever l'appendice malade, il est au moins inutile d'enlever l'appendice sain. En agissant comme je le désire, nos collègues seront utiles à leurs confrères, plus encore aux malades, et ils augmenteront la reconnaissance déjà si grande qu'on leur doit.

Quant à moi, je me résume eu disant :

1° Le diagnostic de l'appendicite pendant la grossesse est généralement facile.

2° Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.

---

(1) BLACK. *Ann. of Gyn. and Pediat.*, 1897, p. 525.

HYSTÉRECTOMIE CÉSARIENNE VAGINALE

POUR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

CHEZ UNE FEMME ENCEINTE DE HUIT MOIS

Par le Dr **G. Michelini** (Maternité de Gênes).

Le cancer du col de l'utérus est une des complications les plus graves de la grossesse, aussi bien pour la mère que pour le fœtus. C'est une maladie très rare. La statistique de notre maternité de Pammatone montre que, depuis 1859 jusqu'à aujourd'hui, il ne s'est présenté à l'observation que trois cas de cancer du col de l'utérus en état de grossesse.

Le premier cas appartient à mon regretté maître César Zanobini qui en a publié l'observation.

Thérèse M..., 40 ans, mariée, VIIpare était presque au terme de sa grossesse. Pendant les premiers mois on avait eu recours au cautère actuel pour arrêter une hémorrhagie abondante. La grossesse continua presque jusqu'à son terme malgré la répétition de l'hémorrhagie. Le fœtus était mort avant le commencement du travail.

Après deux jours d'attente, le professeur Zanobini enleva, avec l'écraseur, la masse cancéreuse, il débrida le col par cinq incisions faites dans le tissu dégénéré, et exécuta la version classique. La femme mourut quatorze heures après l'opération.

Le second cas a été observé et publié par le professeur Louis Acconci.

Il s'agissait d'une femme enceinte de sept mois. Le professeur Acconci imagina et pratiqua à cette occasion, pour la première fois, le 4 juillet 1895, l'hystérectomie césarienne vaginale.

Le troisième cas a été recueilli à la Maternité dont j'ai la direction, et il m'a paru avoir assez d'importance au point de vue clinique et opératoire pour mériter d'être relaté.

Avant de rapporter l'observation de mon opérée, je crois utile de rappeler en quelques mots l'état de la question.

Le cancer du col de l'utérus gravide aurait été observé, selon Winckel, 8 fois sur 15,000 accouchements, et, selon Stratz, 12 fois sur 17,900 accouchements.

Les différentes formes de cancer qui atteignent si communément l'utérus en état de vacuité, coïncident rarement avec la grossesse et l'accouchement. Ce fait peut tenir soit à ce que le cancer constitue un obstacle à la conception, soit à ce qu'il provoque facilement l'avortement dans le cas exceptionnel où la conception a pu avoir lieu, soit enfin à ce que le cancer ne rencontre des conditions favorables à son développement qu'à l'âge où la femme a perdu ou va perdre sa faculté de reproduction.

Jusqu'au XVII[e] siècle, personne ne contredisait l'opinion d'Hippocrate, selon laquelle le cancer de l'utérus s'oppose absolument à la fécondation; Mauriceau montra le premier que le cancer de l'utérus rend l'accouchement difficile, mais n'est pas un obstacle insurmontable à la conception.

Dans 21 cas étudiés par Cohnstein, le cancer était antérieur à la grossesse, l'antériorité variait de plusieurs mois à un an; plusieurs fois la conception avait eu lieu, malgré l'existence d'une ulcération.

Lorsque le cancer n'est qu'à ses débuts, la conception peut ordinairement se produire, mais les modifications qui se produisent alors dans l'utérus, donnent un coup de fouet vigoureux au développement de la néoplasie qui fait alors de rapides progrès.

Quelquefois d'abondantes hémorrhagies provoquent l'avortement, un accouchement prématuré, ou bien le tissu néoplasique ne pouvant suivre le tissu normal dans sa distension, il se produit une rupture. D'après la statistique de Lewes, portant sur 129 cas, l'avortement se produirait dans 40 p. 100 des cas de cancer du col.

Lorsque la maladie est encore peu avancée, la grossesse peut parfois arriver à terme.

D'après une statistique établie par Cohnstein, sur 100 cas, on noterait l'avortement et l'accouchement prématuré 10 fois, l'accouchement retardé 2 fois, et 88 fois l'accouchement s'est produit au terme de la grossesse.

Pendant l'accouchement, l'infiltration cancéreuse du col le rend rigide, la dilatation est retardée, ou est même impossible, et la femme peut mourir sans être accouchée.

Cependant, même dans des cas qui paraissent désespérés, il arrive quelquefois que la tumeur, chassée par le fœtus, est expulsée en même temps que lui, ou bien que son tissu se ramollit et cède le passage.

Bien que le **diagnostic** du cancer du col de l'utérus soit en général facile, il convient de rappeler qu'on l'a confondu avec l'insertion vicieuse du placenta (Lachapelle, Lecorché), avec la tête du fœtus (Boivin, Dugès), avec la présentation pelvienne (Chantreuil), avec une induration simple du col de l'utérus (Boilles), avec des petites parties fœtales (Depaul, Cazeaux).

Le **pronostic** de cette maladie est grave pour le fœtus et pour la mère.

Traitement curatif. — Lorsque le cancer peut être opéré radicalement, je crois avec Mackenrodt que, quel que soit l'âge de la grossesse, il faut procéder sans délai à l'extirpation. C'est la conduite actuellement préconisée dans le cancer de l'utérus en état de vacuité, *à fortiori* elle doit s'imposer pour un utérus en état de grossesse, puisque la marche du cancer est, dans ce cas, fort accélérée.

Charpentier, se souciant seulement de la vie du fœtus, repousse l'*avortement provoqué*. Il n'admet pas davantage l'*accouchement prématuré* parce que, avec ce moyen, l'accouchement n'a pas toujours lieu spontanément à cause de la résistance que rencontre la dilatation ; et qu'il faut alors avoir recours aux incisions sur le col, puis au forceps ou à la version

D'autres accoucheurs, parmi lesquels, Lee, Rosser, Hermann, Scanzoni, West, conseillent de provoquer l'*avortement*.

L'*accouchement prématuré provoqué*, conseillé par Simpson, est rejeté par Oldham, Mezies, Cohnstein et Gusserow.

L'*amputation du col* a été exécutée et recommandée par Schatz, Schröder, Benecke, Routh, Frommel et Galabin.

Dans une statistique de Bar, qui a recueilli 17 cas de ce genre, il a noté 7 fois l'interruption de la grossesse. Chez quelques-unes des femmes arrivées au terme de la grossesse, l'accouchement se produisit spontanément et après un certain temps survint même une autre grossesse.

Langenbeck, Lisfranc, Putignat, Simpson ont pratiqué l'extirpation du cancer après les suites de couches. D'autres grossesses sont survenues après l'opération. Charpentier se déclare absolument opposé à la pratique des accoucheurs allemands, parceque, avec l'amputation du col, la femme enceinte n'est pas à l'abri d'une récidive. Il est partisan de l'expectation ; il cite une statistique personnelle de 7 cas de grossesse compliquée de cancer du col et, en 6 de ces cas, l'accouchement a été spontané ; dans le septième il dut exécuter des incisions multiples et appliquer ensuite le forceps. Cette statistique laisse ignorer si les fœtus sont tous nés vivants, et si les femmes n'ont pas succombé rapidement, pendant les suites de couches. Pour notre part, nous ne saurions accepter l'expectation, fatale toujours à la mère, souvent aussi au fœtus.

Cohnstein a démontré que dans 47 cas où l'accouchement a été laissé aux forces de la nature, on a observé 12 fois la rupture de l'utérus, suivie de la mort de la mère ; 5 fois des déchirures du col, dont trois suivies de mort.

En outre, lorsque l'accouchement ne se termine pas spontanément, tous les moyens conseillés pour l'effectuer : *dilatation spontanée du col*, *dilatation artificielle avec l'éponge ou la laminaire*, *ballon de Barnes*, *incisions* et *débridements*, ne donnent bien souvent aucun résultat favorable, et il faut avoir recours au forceps, à la version et même à la céphalotripsie.

Les *opérations partielles*, telles que l'amputation du col, sont insuffisantes pour la mère et elles interrompent le plus souvent le cours de la grossesse ; Theilhaber les rejette complètement.

Une seule opération est donc légitime, c'est l'ablation complète, l'*hystérectomie totale*. Hernandez, à ce point de vue, divise la grossesse en trois périodes :

I. — *Dans les trois premiers mois*, l'hystérectomie vaginale totale. Landau, Kaltenbach, Hofmeier, Taylor, Thoia et d'autres ont extirpé l'utérus dans les premiers mois de la grossesse. Theilhaber a recueilli 17 opérations d'hystérectomie exécutées au commencement de la grossesse sans vider l'utérus. Toutes ces malades ont guéri.

Olshausen a provoqué l'avortement après le troisième mois de grossesse, et huit ou dix jours plus tard il a extirpé l'utérus.

II. — *Au delà de quatre mois*, Hernandez ne pense pas que l'hystérectomie vaginale soit une opération simple, à cause du développement de l'utérus. Jusqu'à 7 mois et demi, il conseille l'hystérectomie abdominale totale, mais l'opération est sérieuse pour la mère.

III. — Dans la troisième période, à partir de la seconde moitié du septième mois, jusqu'au *terme de la grossesse*, l'on doit, selon Hernandez, exécuter l'*opération césarienne suivie immédiatement de l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes*.

Cette opération répond à la double indication de sauver le fœtus, tout en préservant la vie de la mère. Cette opération est, à la vérité, sérieuse, et il résulte d'une statistique de Hernandez que 6 opérations pratiquées au terme de la grossesse ont donné 6 morts.

Schröder, quand le succès de l'accouchement par la voie vaginale est douteux, conseille l'opération césarienne simple comme étant le moyen le plus sûr pour le fœtus et le plus inoffensif pour la mère.

L'opération de Porro, selon laquelle on laisse *in loco* le col affecté du cancer, est absolument à rejeter, dans le cas que nous considérons, car elle accroît le danger pour la mère.

Bar a recueilli 14 cas d'opération césarienne pendant le travail : 10 femmes sont mortes, 11 fœtus vivants, l'un est mort rapidement après la naissance.

Bien que tous les accoucheurs admettent la funeste influence du cancer du col de l'utérus sur la grossesse, et, réciproquement, de la grossesse sur la marche du cancer, l'accord cesse dès qu'il s'agit de la conduite à suivre en pareil cas.

En effet, tandis que quelques-uns prétendent que, vu les difficultés graves et les dangers qu'offre l'accouchement à terme on doit provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, selon l'époque de la grossesse à laquelle on constate d'une manière certaine la maladie, d'autres, plus soucieux de la vie du fœtus, rejettent non seulement l'avortement provoqué, mais aussi toute opération ou application topique capables de le produire involontairement.

Pour Pozzi, le diagnostic de grossesse avant le quatrième mois, chez une femme atteinte de cancer, n'est pas possible, car le volume de l'utérus peut être causé par le développement du cancer; mais une fois le diagnostic établi, il conseille l'hystérectomie vaginale, de préférence à l'amputation du col de l'utérus, car celle-ci détermine l'avortement et est suivie d'une récidive rapide.

Si le cancer est diffus, si le col de l'utérus est dur et inextensible, l'on devra provoquer l'avortement suivi de curettage et de la cautérisation du cancer.

Si le col est envahi par les fongosités, mais pas entièrement induré, et s'il se peut se distendre, il convient d'attendre.

Les opérations, indiquées, suivant les circonstances, sont :

1° L'*accouchement provoqué*, suivi peu de jours après de l'hystérectomie.

2° L'*opération césarienne*, suivie plus tard de la colpohystérectomie.

3° L'*extirpation totale de l'utérus contenant le fœtus*, par les voies abdominale et vaginale combinées, suivant le procédé employé la première fois, avec un complet succès, par Spencer Wells, le 21 octobre 1881.

4° L'*hystérectomie par la voie sacrée*, après résection du coccyx et, au besoin, d'une partie du sacrum.

Pierre Delbet déclare difficiles à établir les indications thérapeutiques, lorsque le cancer de l'utérus complique la grossesse. Le plus grand embarras est toujours de savoir si l'on doit sacrifier la mère ou le fœtus. Si le cancer est nettement circonscrit et si l'on a un espoir fondé de guérir la mère, il faut sacrifier le fœtus. Si le cancer est inopérable, la mère est irrévocablement condamnée, il est nécessaire de se préoccuper d'abord de la vie du fœtus.

Fritsch, dans les cancers opérables, recommande l'extirpation totale au moment où les douleurs de l'accouchement vont commencer. Lui-même a exécuté presqu'au terme de la grossesse deux extirpations totales abdominales de l'utérus avec succès.

Dührssen a préconisé tout récemment l'opération césarienne vaginale, déjà exécutée par Acconci. Il juge que l'on doit opérer quel que soit l'âge de la grossesse et la période de l'accouchement.

Cette opération semble infiniment moins dangereuse que l'opération césarienne suivie de l'extirpation de l'utérus, que pratique Freund, lequel, sur 18 cas, a eu 8 cas de mort (44,4 p. 100); elle paraît aussi préférable à l'expectation. L'action des contractions utérines a, en effet, une assez grande part dans le fâcheux pronostic de cette maladie, car elles provoquent la rupture ou l'écrasement du tissu cancéreux, ce qui, abstraction faite du danger immédiat de l'hémorrhagie, ouvre la porte à l'infection septique aussi bien qu'à l'inoculation cancéreuse.

Le pronostic pour le fœtus reste d'ailleurs très grave avec l'expectation.

L'accouchement prématuré artificiel, suivi de l'extirpation vaginale de l'utérus, est peu recommandable ; car il donne pour le fœtus un pronostic par trop incertain, tout en aggravant le pronostic pour la mère, par la diffusion du cancer. (Cette diffusion a beaucoup plus de chances encore de se produire, si l'on attend plusieurs jours après l'accouchement pour l'extirpation totale de l'utérus.) Il faut donc en arriver à l'opération césa-

rienne vaginale qui conserve la vie du fœtus, n'expose pas la mère à un danger plus grand qu'une hystérectomie vaginale en dehors de la grossesse, opération dans laquelle la mortalité est peu élevée.

Conclusions. — 1° Chaque fois qu'une femme enceinte est reconnue atteinte de cancer du col de l'utérus, *si le cancer est susceptible d'opération,* l'on doit pratiquer l'extirpation totale de l'utérus et des annexes sans retard, quel que soit l'âge de la grossesse, par la voie vaginale.

2° L'hystérectomie vaginale césarienne est possible même au terme de grossesse.

3° Dans le cancer qui ne peut être opéré radicalement, l'opération césarienne conservatrice sera la seule opération indiquée.

4° L'accouchement par les voies naturelles doit être regardé comme très dangereux, car il peut être l'origine d'une infection grave avec suites mortelles.

Voici maintenant l'histoire du cas qui, pour la première fois dans ma carrière d'accoucheur, s'est présenté à mon observation.

Histoire clinique. — N° 104 du registre. — Els..., VIIpare, 35 ans, mariée, entre à la maternité de Pammatone, le 18 mai 1897.

Premières règles assez abondantes à 15 ans, et les règles suivantes régulières.

Des 6 grossesses antérieures, 5 se terminèrent régulièrement, la sixième fut interrompue par un avortement au troisième mois. Les suites de couches furent régulières ; elle nourrit 4 de ses enfants jusqu'à leur douzième mois.

Antécédents héréditaires: nuls.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais été souffrante, en dehors des maladies propres à l'enfance. Depuis une année elle a des ménorrhagies suivies de leucorrhée jaunâtre qui, dans ces derniers temps, devint fétide,

État actuel. — Le squelette semble normal, la femme est très maigre et profondément anémique.

L'examen des organes du thorax et de l'abdomen ne présente rien d'anormal.

Examen obstétrical. — La malade ne se souvient plus de la date de sa dernière menstruation; elle n'eut aucun phénomène sympathique; depuis trois mois et demi, environ, elle a senti les mouvements actifs du fœtus.

A l'inspection l'utérus présente une forme ovale, longitudinale; son fond atteint la zone sus-ombilicale moyenne. Au palper la tête peut être sentie à droite au-dessus du détroit supérieur; les petites parties dans le cadran supérieur droit; le battement du cœur fœtal se perçoit dans le cadran inférieur gauche, aussi bien que le souffle utérin. La circonférence de l'abdomen, au niveau du nombril, est de 82 centimètres; la distance du pubis au nombril est de 24 centim., du pubis à l'apophyse ensiforme 40 centim.

Un écoulement séreux, sanguinolent et fétide sort du vagin.

A l'exploration, on trouve le vagin occupé par une masse néoplasique en choux-fleur, du volume d'un poing, molle et saignant facilement. Les contours du vagin se présentent libres. Le doigt, à travers cette masse, arrive jusqu'au canal cervical que l'on sent dur, infiltré.

Quelle que soit la délicatesse avec laquelle l'on ait exécuté l'exploration vaginale, il se produit une hémorrhagie notable, qui s'arrête par un tamponnement serré de gaze iodoformée, imbibée dans une solution de sublimé à 0,33 p. 1000.

Huit heures après, le tampon est expulsé, et l'on fait une irrigation avec de l'acide phénique à 2 p. 100; l'hémorrhagie cesse. Jusqu'au jour de l'opération l'on continue les irrigations vaginales deux fois par jour.

Diagnostic. — Cancer du col de l'utérus chez une femme très émaciée, enceinte, au huitième mois de sa grossesse.

Le carcinome étant opérable, j'ai cru de mon devoir d'exécuter l'hystérectomie césarienne vaginale qui, tout en sauvant la vie au fœtus, promettait aussi la guérison de la mère.

Le jour précédant l'opération, on donne un bain chaud complet à la malade, un purgatif (huile de ricin).

Opération. — Le 26 mai, à neuf heures du matin, j'ai pratiqué l'hystérectomie césarienne vaginale assisté par le personnel sanitaire de la Maternité.

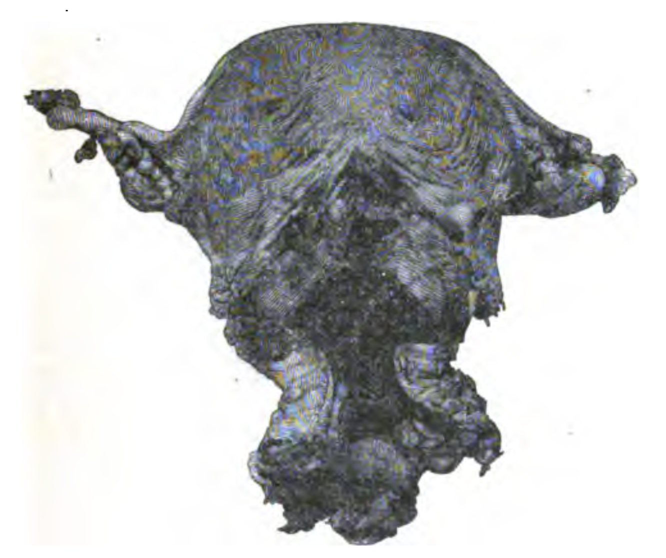
Un quart d'heure avant l'opération, injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine et d'un milligramme d'atropine, puis anesthésie avec le chloroforme Duncan. Pour obtenir une anesthésie complète, il faut 50 grammes de chloroforme et 55 minutes.

La femme est placée dans la position ordinaire de l'hystérectomie vaginale ; on lave avec de l'eau chaude et du savon les organes génitaux externes et le vagin, ensuite désinfection locale avec solution de sublimé à 0,33 p. 100. Quatre valves sont introduites dans le vagin, la masse néoplasique est découverte et est excisée avec des forts ciseaux courbés et la cuiller de Simon ; aussitôt, cautérisation de la surface sanglante et du canal cervical, avec le thermocautère de Paquelin. Le col de l'utérus, saisi avec deux pinces de Museux, est viré en bas ; j'exécute alors une incision circulaire sur l'insertion du vagin, je détache la vessie et j'ouvre le repli péritonéal vésico-utérin en fixant, moyennant quatre points de suture, le péritoine à la paroi vaginale antérieure ; ayant ouvert l'espace de Douglas, je fixe avec des points de suture le péritoine à la paroi vaginale postérieure. Je lie et coupe les ligaments larges à la base, et je continue de la sorte en haut jusqu'à ce que l'utérus puisse être abaissé. Avec un bistouri, je fais une incision qui, de la paroi antérieure du canal cervical, s'étend jusqu'au segment antérieur de l'utérus.

L'incision fournit peu de sang, et ses bords sont fixés avec des pinces de Museux. Ayant rompu la poche des eaux qui se présente dans l'incision, j'exécute facilement la version classique et aussitôt l'extraction du placenta. Je continue tout de suite la ligature et la section des ligaments larges. En tirant avec les pinces sur l'utérus, il s'extrait facilement, en même temps que les trompes et les ovaires après la ligature des portions restantes des ligaments larges. Après l'extraction du placenta on n'eut pas d'hémorrhagie. Avec une irrigation boriquée à 40°

l'on procède à la toilette du péritoine du petit bassin, et après avoir fixé les moignons des ligaments larges aux bords de la blessure vaginale, celle-ci est réunie avec des points détachés de suture. On répand sur la blessure de l'iodoforme, on tamponne le vagin avec de la gaze stérilisée. Durée de l'opération, 45 minutes.

Quarante-huit heures après l'opération, le tampon est levé, et



Utérus et annexes enlevés par l'opération césarienne vaginale.

l'on fait une irrigation vaginale tiède avec de la solution boriquée à 2 p. 100.

Les suites de couches furent régulières, la plus haute température fut atteinte le cinquième jour, 38°.

Le 4 du mois de juin, la femme se leva et elle sortit de la Maternité parfaitement guérie le 20 du même mois.

Fœtus. — Le fœtus, du sexe féminin, fut extrait de l'utérus en état d'asphyxie et ne put être ranimé par les moyens en usage en pareilles circonstances ; il mourut deux heures

après l'extraction. Cet accident est dû sans doute à l'action prolongée du chloroforme sur la mère.

Le *poids* du fœtus est de 2,000 gr.

Longueur. — Du sommet au nombril, 230 millim.; du nombril aux talons, 200 millim. ; total, 430 millim.

Diamètres. — Occipito-frontal, 90 millim. ; sous-occipito-bregmatique, 90 millim. ; occipito-mentonnier, 130 millim. ; bipariétal anatomique, 90 millim. ; bipariétal obstétrical, 85 millim. ; bitemporal, 70 millim.; mento-frontal, 90 millim.; bisacromial, 120 millim. ; bitrochantérien, 90 millim.

Annexes fœtales. — Longueur du cordon, 450 millim.; diamètre du placenta, 170 millim. ; poids, 500 gr.

BIBLIOGRAPHIE

CESARE ZANOBINI. *Del cancro dell' utero considerato come complicazione della gravidanza.* Genova, 1878. Tipografia E. Faviola.

A. CHARPENTIER. *Traité pratique des accouchements.* Paris, 1870.

BAR. *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement.* Th. agrég., Paris, 1886.

GUSSEROW. *Handbuch des Frauenkrankheiten,* in BILLROTH et LUECKE, 2 édit., 1886.

SCHRÖDER. *Centralbatt für Gynäkologie,* 1886.

FRITSCH. *Traité clinique des opérations obstétricales.* Traduit sur la 4e édition allemande, par JULES STAS, Paris, 1892.

POZZI. *Traité de gynécologie,* 2e édit., Paris, 1892.

PIERRE DELBET. *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS. Paris, 1892.

PAUL ZWEIFEL. Totalexstirpation einer carcinomatösen Gebärmutter im 6 Monat der Schwangerschaft. *Centralb. f. Gynäk.,* 1889.

HERNANDEZ. *Annales de Gynécologie,* août et septembre, 1894.

Traitement du cancer de l'utérus gravide. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1893.

LUIGI ACCONCI. *Rendiconto clinico,* 1894-95. Genova, e *Rivista di Ostetricia e Ginecologia,* anno 1°. Torino.

A. DÜHRSSEN. *Der Vaginale Kaiserschnitt.* Berlin, 1896.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES
SUR LE CANAL GÉNITAL DE LA FEMME

Par **J. Hallé**,
Ancien interne des hôpitaux.

II. — Bactériologie du canal génital de la femme à l'état sain.

Avant d'exposer les résultats de nos examens bactériologiques de la flore normale du vagin, de la vulve et du col utérin chez la femme saine, nous croyons utile de résumer les principaux travaux publiés sur ce sujet.

Historique. — Les premières recherches sur la bactériologie des organes génitaux de la femme, eurent pour point de départ l'étude de l'étiologie de la fièvre puerpérale ; plus tard, on se préoccupa de savoir si les accouchées portaient en elles les germes pathogènes capables de provoquer les accidents des suites de couches, et de nombreux travaux furent entrepris sur la bactériologie du canal génital de la femme, à l'état de santé, pendant la grossesse et la puerpéralité.

Les résultats des auteurs s'accordent peu ; mais on peut diviser les opinions émises en deux groupes. Les uns, Winter, Witte, Samschin, trouvent dans le vagin de la femme à l'état normal de très nombreux organismes parmi lesquels se trouvent des organismes pathogènes, tels que le staphylocoque doré, le streptocoque pyogène, etc. . Les autres, Bumm, Kronig, Menge,

(1) Voir *Annales de gynécologie*, n° de février 1899, p. 113.

Stroganoff, n'admettent au contraire, dans les voies génitales inférieures, que des saprophytes sans danger.

Si on se rapporte aux dates des différentes publications, on voit que les travaux les plus récents sont favorables à cette seconde opinion.

C'est Winter (1) qui le premier publia des recherches systématiques sur la flore de chaque partie de l'appareil génital : il montra que l'utérus et les trompes étaient exempts de germes, mais trouva dans le vagin des organismes très variés, au milieu desquels existaient les espèces pathogènes des suppurations banales.

Quelques années plus tard, Dœderlein (2) publia des recherches dont les résultats catégoriques devaient amener toute une série de travaux de contrôle. Toutes les investigations de cet auteur sont fondées sur la différence de réaction chimique des sécrétions vaginales. Ayant remarqué que le vagin sain avait une réaction acide, il crut pouvoir faire une distinction nette entre la sécrétion normale et pathologique, la première étant fortement acide, la seconde alcaline, neutre ou faiblement acide. Rencontrant dans le premier cas, un organisme qu'il obtenait en culture à l'exclusion souvent de tout autre, il crut pouvoir faire de ce bacille l'apanage de la muqueuse vaginale à l'état de santé. Cet organisme est, pour Dœderlein, la cause de l'acidité normale.

Les auteurs qui reprirent cette question après Dœderlein furent préoccupés par ces résultats et cherchèrent à infirmer ou confirmer ses conclusions ; reprenant la question avec une technique souvent peu rigoureuse, ils devaient trouver des résultats discordants, mais eurent le mérite de montrer ce qu'il y avait de trop absolu dans les résultats de Dœderlein et d'artificiel dans les distinctions qu'il faisait sur la seule réaction du contenu vaginal.

---

(1) WINTER. Die Mikroorganismen in Genitalkanal der gesunden Frau. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 2.

(2) DŒDERLEIN. *Das Scheidensecret und sein Bedeutung für das Puerperalfieber*. Leipzig, 1892.

Stroganoff (1), dans un travail suggéré par le Professeur D. Ott, de Saint-Pétersbourg, reprit la question, et montra dans un mémoire important que l'acidité du vagin était un fait à peu près constant et qu'il ne fallait pas fonder une division entre l'état pathologique et l'état normal sur l'existence de ce signe; il montra que la flore vaginale est relativement pauvre en espèces; mais ses recherches, entreprises surtout pour montrer s'il existe ou non des germes dans les cavités génitales, ne sont pas conduites au point de vue bactériologique avec une technique suffisamment complète, au moins pour ce qui regarde les cultures. Cet auteur s'attache surtout, en effet, à distinguer les espèces suivant qu'elles liquéfient ou non la gélatine. Il est le premier qui chercha la cause de la rareté des espèces pathogènes dans le contenu vaginal et institua à cet effet plusieurs séries de recherches. Dans une première série d'expériences, faites *in vitro* sur des tubes de culture, il cherche à montrer un antagonisme entre les bactéries du vagin et le staphylocoque blanc et admet que les bactéries du vagin contrarient le staphylocoque ensemencé en même temps qu'elles sur les cultures sur gélatine, alors qu'il n'en est rien sur agar. Nous ne croyons pas que ces expériences sur des milieux nutritifs autorisent aucune conclusion, du moins elles ne nous paraissent pas prouver ce que Stroganoff s'efforce de démontrer : elles ne peuvent convenir que pour des organismes qui poussent également bien sur un même milieu, ce qui, de fait, n'existe jamais; de plus, elles concluent de ce qui se passe *in vitro* sur des surfaces ensemencées, à ce qui peut se faire sur une muqueuse, ce qui, à notre avis, n'est pas comparable.

Dans une autre série d'expériences sur l'animal, Stroganoff cherche si les microbes pathogènes peuvent vivre dans le vagin. Il s'adresse pour cela au vagin des lapines, dans lesquelles il introduit des germes pathogènes. Ces recherches montrèrent que l'introduction de germes pathogènes dans le vagin des la-

---

(1) STROGANOFF. *Recherches bactériol. sur le canal génital de la femme dans les diverses périodes de la vie.* Thèse Saint-Pétersbourg, 1893.

pines n'était suivie d'aucune sécrétion anormale et que les germes ne s'y développaient pas. Il conclut de ses expériences à l'action bactéricide du mucus vaginal pour les germes pathogènes.

Pour ce qui est du col utérin, Stroganoff admet que cette cavité est exempte de germes, à plus forte raison de germes pathogènes, et se fonde surtout sur des raisons d'ordre anatomique pour expliquer la stérilité de la cavité cervicale.

Menge et Krönig (1) ont entrepris sur le même sujet que Stroganoff de longues et minutieuses recherches, dont les résultats, publiés en partie séparément, ont été réunis, cette année, en deux volumineux ouvrages.

Menge s'est préoccupé surtout de la bactériologie du canal génital à l'état sain et pathologique, en dehors de la grossesse et de la puerpéralité. Krönig étudie la bactériologie du canal de la femme enceinte et de la puerpérale, à l'état normal et pathologique.

Ces auteurs nous paraissent être les premiers qui se soient mis dans les conditions bactériologiques convenables, en multipliant les examens, et surtout en se servant de milieux de culture variés, enfin en recherchant dans un assez grand nombre de cas les germes anaérobies. C'est le premier travail dans lequel la culture de ces organismes se trouve poursuivie ; aussi les résultats de Menge, comme ceux de Krönig qui a suivi la même technique, sont-ils plus complets que ceux de leurs devanciers. Nous remarquerons que ces auteurs, qui ont de nombreuses méthodes pour la recherche des anaérobies, se sont surtout bien trouvés des tubes d'agar sucré profond de Liborius.

Nous résumerons rapidement les recherches de Menge sur les questions que nous avons nous-même étudiées.

D'après Menge, la flore de la vulve est très variable ; la majeure partie des bactéries de la vulve provient du vagin et comprend un grand nombre de saprophytes anaérobies.

---

(1) C. Menge et B. Krönig. *Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales.* Leipzig, 1897.

Pour recueillir les sécrétions du vagin, Menge se sert d'un instrument imaginé par lui, et formé d'une cuiller à couvercle que l'on introduit dans la cavité vaginale, que l'on ouvre et ferme à volonté et qui se stérilise facilement. Pour éviter certaines critiques faites à ses devanciers, il a poursuivi ces expériences en choisissant comme type de vagin sain celui de 70 femmes ayant subi une laparotomie moins de 16 jours avant. Ce choix, croyons-nous, est malheureux, car l'auteur ne nous dit pas pourquoi ces opérations avaient été pratiquées, et l'état de ces femmes ne paraît pas se rapprocher des conditions habituelles de la vie féminine.

Menge a fait ses cultures sur agar alcalin, en plaques, ensemençant chaque fois l'entrée et le fond du vagin. Il constate que le fond du vagin ne donne presque jamais de colonie sur agar alcalin (62 fois sur 70 cas) ; par contre, l'entrée du vagin renferme des organismes poussant sur ce milieu. Il ensemence alors dans les mêmes conditions sur milieu acide et trouve une série de 12 cas, une fréquence deux fois plus grande de germes anaérobies poussant sur milieu acide et venant du fond du vagin. Voyant que, aussi bien avec l'entrée qu'avec le fond du vagin, les cultures ne donnent qu'une faible quantité de colonies, hors de proportion avec les organismes constatés sur lamelles, il ensemence une série de sécrétions vaginales en milieux privés d'oxygène et constate que la flore microbienne du vagin se compose surtout d'organismes anaérobies obligés ou facultatifs. Parmi les germes qu'il isole, il trouve un streptocoque que Krönig avait déjà isolé, microbe exclusivement anaérobie. Cet organisme, qui garde le Gram comme les streptocoques aérobies, est assez fragile ; il n'est pas pathogène pour les animaux.

Menge étudie ensuite la propriété qu'a le vagin de se débarrasser des organismes pathogènes introduits dans sa cavité et montre qu'il existe dans cet organe un processus « d'auto-stérilisation ».

Reprenant chez la femme les recherches de Stroganoff chez la lapine, il introduit dans le vagin des cultures pures de bacille pyocyanique (23 fois), de staphylocoque doré (30 fois), de strep-

tocoque pyogène (27 fois). Pour les trois espèces le résultat fut le même. Après un temps très court, les espèces introduites disparaissent et ne se multiplient pas. Cette propriété de se débarrasser des germes n'est pas due à la présence du bacille décrit par Dœderlein, car, d'une part, cet organisme n'est pas constant même dans le vagin acide où cet auteur croyait avoir fixé sa demeure.

La bactériologie du col utérin a été minutieusement étudiée par Menge. Cet auteur trouve des résultats très différents de ceux obtenus par Winter, qui avait constaté de nombreux organismes dans la cavité cervicale, organismes parmi lesquels existaient le staphylocoque blanc et doré, et le streptocoque, atténué, il est vrai. Chez 20 femmes dont le col paraissait sain, quatre fois seulement les plaques donnèrent des colonies microbiennes, seize fois elles demeurèrent stériles ; le résultat des ensemencements en milieu anaérobie, par contre, montre des germes, mais ces organismes ne font pas partie de la flore de la muqueuse cervicale ; ce sont des germes du vagin transportés au niveau de cette cavité, et l'orifice externe du col marque dans les conditions normales la limite entre le segment bactérifère génital et le segment dépourvu de germes. Sur ce point, il nous paraît exister dans le travail de Menge quelques obscurités.

Reprenant ensuite les recherches de ses devanciers sur la bactériologie du corps de l'utérus, Menge montre que la cavité du corps ne contient pas de germes à l'état normal, pas plus que le col ; comme Wertheim, il montre que le gonocoque paraît être le seul organe qui ait le pouvoir de végéter sur une muqueuse utérine saine, et que ce diplocoque peut exister dans l'utérus sans association d'aucune autre espèce.

RECHERCHES PERSONNELLES

Nous avions entrepris, avant de connaître le mémoire de Menge, une série d'examens bactériologiques des différents points du canal génital chez l'enfant et la femme ; nous donnons

nos résultats qui portent malheureusement sur un nombre assez restreint de cas, mais qui ont été donnés par la technique que nous avons décrite dans le chapitre précédent et qui nous paraît supérieure à celle de nos devanciers. Nous croyons, en effet, que la faible divergence entre les conclusions de Menge et les nôtres tient surtout à une différence de technique. Menge s'est toujours servi des plaques d'agar ou de gélose additionnée de liquide kystique. Cette méthode, nous avons pu nous en assurer, ne convient qu'aux espèces vivaces et expose à bien des erreurs. Les larges surfaces des plaques se dessèchent et les espèces fragiles ne se différencient pas ; au contraire la méthode des tubes volumineux ensemencés en dilution successive dans le bouillon du fond donne des surfaces humides et faciles à protéger des germes extérieurs. Aussi pensons-nous que si nous avons constaté une flore plus abondante que celle décrite par Menge, il y a lieu de faire intervenir, pour expliquer le fait, les milieux de culture employés, plutôt que la réaction de ces milieux. Nous avons fait dans quelques cas chez l'enfant, dans tous les cas chez l'adulte, la recherche patiente des organismes anaérobies.

Recherches sur la flore normale de la vulve et du vagin chez l'enfant. — Pour recueillir les sécrétions de l'enfant, nous nous sommes servi de pipettes stérilisées, après avoir arrondi la cassure à la lampe, de façon à ne pas blesser la muqueuse. Pour recueillir les sécrétions vaginales, nous faisions écarter les lèvres de l'enfant et nous prélevions les sécrétions normales profondément dans cet organe.

Nous ne reviendrons pas sur les procédés de culture employés (agar ordinaire alcalin, agar de Pfeiffer, agar de Wertheim, etc.) et sur le mode d'ensemencement.

Nos recherches ont porté sur quatre fillettes. Une des enfants a été examinée à deux reprises, à huit mois d'intervalle : le contenu bactérien était resté le même. La seconde fois seulement nous avons ensemencé en milieu anaérobie.

Les quatre fois, il s'agissait d'enfants déjà à l'hôpital pour

une affection chronique (mal de Pott, paralysie infantile), deux fois d'enfants entrant le jour même à l'hôpital pour une maladie aiguë (bronchite, embarras gastrique).

Si nous résumons nos recherches bactériologiques sur la flore du canal génital de l'enfant, nous pouvons dire que la flore de la vulve rappelle beaucoup celle du vagin ; mais que, au niveau de la vulve, on trouve plus habituellement des organismes venus de l'air et faciles à cultiver, et des espèces plus variables que dans la cavité vaginale.

Sur lamelles, par frottis, on remarque dans les sécrétions tant du vagin que dans celles recueillies sur la vulve, des cellules épithéliales plates, quelques rares leucocytes, et un nombre considérable d'organismes, très variés de forme rappelant ceux de la muqueuse buccale. Certaines espèces vivent à la surface des cellules épithéliales ou dans leur profondeur ; certaines formes sont peut-être des spirilles, mais nous n'avons pu les obtenir en culture pure.

Les cultures nous ont permis d'isoler les espèces suivantes, dont nous avons donné plus haut les caractères. Ce sont, par ordre de fréquence :

Le *bacille pseudo-diphtérique en massue ou bacille en massue de Weeks.*

Le *bacille pseudo-diphtérique commun.*

Le *streptocoque non pathogène.*

Un coccus anaérobie que nous avons désigné sous le nom de *micrococcus fœtidus* (Veillon).

Le *staphylocoque blanc de la peau* (Staph. epidermitis albus).

Le *coli-bacille* (très rare) et toujours en très petite quantité.

Un *bacille anaérobie,* ayant en culture la forme d'une faucille, poussant difficilement, peu vivace et dont nous n'avons pu poursuivre l'étude.

Recherches sur la flore du vagin chez la femme, à l'état sain. — Pour recueillir la sécrétion vaginale, nous ne nous sommes pas servi d'instruments spéciaux comme celui employé

par Menge. Nous nous sommes contenté d'entr'ouvrir le vagin et de recueillir les sécrétions dans une pipette, en ayant soin d'écarter les lèvres pour faire bâiller l'orifice vaginal.

Nous n'insisterons pas sur le détail de ces recherches, que nous pouvons résumer ainsi :

L'examen bactériologique et les cultures nous ont montré la même flore vaginale chez l'adulte et chez l'enfant ; cependant les espèces sont généralement moins abondantes chez l'adulte ; nous n'avons pas rencontré d'espèces aérobies pathogènes ; nous avons isolé parmi les espèces anaérobies, outre le *micrococcus fœditus* (Veillon), le *bacillus nebulosus*, le *bacillus caducus*, espèces dont nous avons donné plus haut les caractères.

Recherches sur la flore bactérienne du col utérin à l'état sain. — Pour recueillir le contenu du col, nous avons introduit un spéculum stérile ; nous introduisions ensuite dans le col une pipette stérilisée pour recueillir les sécrétions. Nos recherches n'ont porté que sur quelques femmes.

Nous avons pu nous assurer que le bouchon muqueux du col contenait à l'état normal un assez grand nombre de micro-organismes, faciles à colorer sur lamelles et qui ne donnent jamais en culture aéorobie qu'un nombre très petit de colonies, alors que les cultures en milieu anaérobie montrent des colonies nombreuses et variées. Si on enlève avec un tampon de ouate le bouchon muqueux du col utérin, et qu'on ait soin de prélever le mucus dans la profondeur de la cavité cervicale, à 2 centimètres environ de profondeur, on n'obtient plus que de très rares formes microbiennes, et on ne peut supposer que ces organismes sont ceux que la pipette a entraînés vers la profondeur. Ce fait suffit, croyons-nous, pour faire supposer, comme Menge l'a démontré, que la cavité du col est à peu près exempte de micro-organismes.

Les cultures en milieu anaérobie du bouchon muqueux du col utérin nous ont montré des résultats très différents de ceux obtenus par Stroganoff et Menge. Si nous osons conclure des quelques cas examinés par nous très complètement, nous pou-

vons dire que, à la surface tout au moins du bouchon muqueux du col utérin, il existe une flore anaérobie abondante.

Pour donner une idée de la proportion entre les deux groupes d'organismes, aérobies et anaérobies, les ensemencements en tubes profonds, que nous avons pratiqués en dilution successive, sont très instructifs. Tandis que dans la profondeur, jusqu'à une limite de deux centimètres environ de la surface, les premiers tubes ensemencés contiennent un nombre incalculable de colonies, dans le haut du tube, au contraire, on remarque seulement quelques très rares colonies aérobies. La proportion est telle qu'à partir du 4e ou 5e tube d'agar sucré profond ensemencé par dilution, il n'existe plus dans le tube aucune colonie de microbe aérobie.

Les microbes anaérobies contenus dans le col utérin, tout au moins au niveau de son orifice externe, sont donc abondants. Nous ne croyons pas avoir réussi à isoler toutes les espèces qui végètent normalement dans cette région. Certainement plusieurs ont dû nous échapper. Nous avons pu cependant isoler à l'état de pureté :

Le *micrococcus fœditus* (Veillon) dans 3 cas examinés.

Un bacille anaérobie strict, gardant le Gram, dont l'étude n'a pu être suivie très complètement, isolé dans 2 des 3 cas examinés (*bacillus caducus*).

Le *bacillus nebulosus* à colonies nuageuses isolé dans un cas.

Les microbes aérobies isolés du bouchon muqueux du col et qui sont toujours en nombre relativement très minime, ont été des organismes déjà connus et trouvés dans le vagin à l'état de santé. Ce sont :

Le *streptocoque non pathogène*, 1 fois.

Le bacille fin, décrit plus haut.

Un coccus, ne gardant pas le Gram.

Quelques rares colonies du *staphylocoque epidermitis albus* (1 cas).

Nous n'avons pas rencontré, dans le col, les espèces que nous avons désignées sous le nom de pseudo-diphtériques.

Conclusions.— Sur la vulve de la femme et de l'enfant, existent, à l'état normal, des organismes en nombre assez considérable.

La plupart de ces organismes sont ceux du vagin.

Le vagin contient, à l'état normal, des microbes aérobies et des microbes strictement anaérobies. Les organismes anaérobies paraissent souvent augmenter de nombre dans la profondeur du vagin et abondent dans le bouchon muqueux du col utérin. A partir de ce point, le canal génital (utérus, trompe) ne contient pas de germe à l'état normal.

Les organismes aérobies du canal génital sont surtout :

1) *Un streptocoque* non pathogène, qu'il est possible de différencier du streptocoque pyogène.

2) *Deux espèces de bacille*, qui se rapprochent de celui de la diphtérie par leur caractère de culture sur sérum, mais que l'ensemble de leurs caractères et leur innocuité pour l'animal montrent être des espèces distinctes du bacille de Löffler.

3) D'autres formes bacillaires non pathogènes.

Aucune de ces espèces aérobies de la partie microbienne du canal génital *n'est pathogène pour l'animal.*

Les microbes anaérobies de la flore normale du vagin, du col et de la vulve, sont *susceptibles d'amener* chez l'animal *des abcès et des gangrènes*, quelquefois mortelles, quand on les inocule en culture pure.

CORPS ÉTRANGER DU VAGIN

BOITE MÉTALLIQUE RESTÉE ENKYSTÉE PENDANT CINQ ANS AU FOND DU VAGIN

Par **V. Dujon** (de Moulins),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La jeune malade dont il est question dans cette observation, X..., de Cheragnes (Allier), est âgée de 19 ans. Ells est fille de ferme.

Depuis 2 ans elle présente une suppuration vaginale tellement fétide qu'on la renvoie de toutes ses places. Contrainte alors, elle va consulter le Dr Chégut, de Cheragnes, et lui confesse qu'il y a 5 ans, deux jeunes gens lui introduisirent dans le vagin une boîte de pommade métallique dont nous montrons



la photographie en grandeur naturelle. Le Dr Chégut nous adresse la malade à l'hôpital de Moulins pour faire l'extraction de la boîte, dont on nous apporte un spécimen. C'est une boîte

cylindrique avec couvercle, haute de 3 centim:, présentant à ses bases un diamètre de 3 centimètres et demi.

La malade est examinée sur la table à spéculum. Dès qu'on entr'ouvre les grandes lèvres, on voit s'écouler un liquide purulent brun jaunâtre, d'une horrible fétidité. Après injection, le vagin est exploré avec l'index. Il paraît être de profondeur normale et il ne présente rien de spécial sur ses parois ; mais à son fond on ne trouve rien qui rappelle le museau de tanche et les culs-de-sac. Il existe un diaphragme fibreux, épais et dur, présentant en son centre un orifice irrégulier qui n'admet pas l'introduction de l'extrémité de l'index. Mais il est facile d'y introduire un stylet métallique. Ce stylet vient buter contre un corps sonore qui ne peut être que la boîte en question.

Le toucher rectal combiné avec le palper abdominal permet de sentir une grosse masse, faite de la boîte et de l'utérus qu'il est impossible de différencier.

Toute cette masse est très mobile ; il n'y a pas trace d'inflammation péri-utérine ou péri-vaginale.

En dehors de la suppuration fétide, la malade ne se plaignait, comme troubles fonctionnels, que de troubles de la défécation.

Ses règles apparurent à l'âge de 14 ans et demi, c'est-à-dire 6 mois après l'introduction de la boîte ; elles se firent toujours régulièrement et sans douleurs.

Opération, le 22 décembre 1898. — La malade est chloroformée. L'orifice fibreux du fond du vagin, après lavage soigneux, est dilaté, assez péniblement, au moyen d'un dilatateur utérin à 3 branches.

Quand il a atteint les dimensions d'une pièce de deux francs, on saisit, avec un fin davier, une des parties métalliques placées dans la cavité pré-utérine. On retire, après des tractions répétées, et faites de façon à ménager la vessie, un disque métallique déformé qui n'est autre que le couvercle de la boîte. La boîte elle-même est ensuite saisie et extraite ; elle est très déformée. Son fond est devenu irrégulièrement ovalaire et se trouvait logé dans le cul-de-sac postérieur, mais sa face antérieure, sur laquelle reposait le col utérin, est très aplatie, et la boîte se

termine en avant par une pointe qui avait perforé depuis longtemps la cloison recto-vaginale et déterminé la formation d'une



Couvercle.

fistulette recto-vaginale, contribuant certainement à la fétidité de la suppuration.

La cavité évacuée se présente avec des parois irrégulières, sanieuses, grisâtres par places, rougeâtres ailleurs. Au fond se



Boîte.

trouve le col utérin, petit, en bas la fistule recto-vaginale, en avant l'orifice de communication avec le vagin.

Pansement à la gaze iodoformée, renouvelé chaque jour.

Au bout d'un mois la malade quitte l'hôpital, guérie. La fistulette recto-vaginale s'est fermée spontanément, et toute suppuration est tarie ; il reste encore un cercle fibreux cicatriciel entre la partie antérieure du vagin et l'ancienne cavité ; ce cercle admet facilement l'introduction de l'index.

DES FIBRO-MYOMES DU VAGIN

Par **John Philips** (1).

Ayant observé deux exemples de cette altération pathologique rare et assez importante du vagin, je les ai relatés en détail. Ayant, d'autre part, fait des recherches sur ce sujet, j'ai pu rassembler 27 cas publiés depuis 1882, époque à laquelle parut la monographique classique de Kleinwächter : « *Les néoplasmes connectifs et myomateux du vagin* ».

Obs. 1. — B..., 36 ans, sans enfants. Vue pour la première fois en 1890 (douleurs pendant le coït, irritation gastrique et mammaire réflexe). L'examen vaginal décèle une tumeur petite dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche du vagin, immédiatement au-dessous du niveau de l'orifice externe du col. Rien d'autre d'anormal dans le bassin. La tumeur était sessile, lisse, indolente, et recouverte par la muqueuse tout à fait saine et mobilisable sur elle. Grosseur d'une noix. — *Diagnostic :* Kyste vaginal. Mais on reconnut, après incision, la véritable nature du néoplasme qui fut aisément énucléé. Fermeture de la loge par des sutures profondes et superficielles, etc. *Guérison* simple et rapide. L'*examen microscopique* montra qu'il s'agissait d'une tumeur fibro-myomateuse, avec prédominance de l'élément fibreux. La guérison opératoire s'accompagna de la disparition définitive des troubles réflexes mentionnés.

Obs. 2. — A..., 49 ans, a, durant toute la période de sa vie sexuelle, souffert extrêmement de névralgies et de rhumatismes ; presque toujours, elle a reçu des soins médicaux. Trois ans avant que je fusse appelé à la voir, elle s'était plainte à son médecin de souffrir de quelque chose qui pressait sur sa vessie. L'examen montra une tuméfaction petite, en apparence mobile, dans la paroi vaginale antérieure et infé-

(1) *British med. Journal*, février 1899, p. 262.

rieure. Jusqu'à trois ou quatre années auparavant, menstruation normale ; depuis, très irrégulière, avec de longues périodes d'aménorrhée alternant avec des pertes durant quelques jours. Trois ou quatre semaines avant, elle eut un écoulement vaginal, très irritant, ayant de l'odeur, laquelle ne disparut que grâce à des irrigations vaginales réitérées. Cet écoulement se renouvela plusieurs fois, et l'on supposa que la tuméfaction s'était rompue et évacuait une partie de son contenu par le vagin. La malade avait formellement refusé tout traitement chirurgical. Actuellement, elle accusait un besoin constant d'uriner et un écoulement de mauvaise odeur. Elle a engraissé et ne présente d'autre trouble pathologique que son extrême névrose. Le palper hypogastrique donne seulement la sensation d'une tuméfaction située sur la ligne médiane et s'élevant juste au-dessus du détroit supérieur du bassin.

Examen par le vagin: Moitié antérieure du bassin occupée par un néoplasme élastique, presque fluctuant, lisse, commençant en bas juste au-dessus de l'orifice interne de l'urèthre, remontant vers le détroit supérieur et situé au-dessous de la muqueuse de la paroi antérieure du vagin. Il empiétait tellement sur le canal vaginal qu'on ne réussissait qu'avec beaucoup de patience et de peine à atteindre avec le doigt explorateur le col de l'utérus. Avec un cathéter dans la vessie et un doigt dans le vagin on se rendait compte qu'il était limité au bassin et à la paroi antérieure du vagin. La muqueuse du vagin était mobile au-dessus de lui. Pas de connexions apparentes avec l'utérus. Les tissus qui recouvraient la portion inférieure avaient une coloration pourpre. Pas traces d'ouverture, d'orifice sur les parois de la capsule. Un examen pratiqué après anesthésie confirma tous ces détails. Utérus de volume normal, légèrement rétroversé et enclavé au-dessous du promontoire. La tumeur donnait au toucher la sensation d'un kyste tendu, contenant un liquide dont on retira une faible quantité, évacuation qui laissa les parois un peu flasques.

L'écoulement désagréable qu'on a signalé était le résultat de la rétention au-dessus de la tumeur d'une certaine quantité de sang menstruel, et non d'une évacuation ayant sa source dans le néoplasme. Le *diagnostic* était extrêmement difficile et oscillait entre : *a*) fibrome sous-séreux, pédiculé, enclavé ; *b*) forme rare de périmétrite antérieure ; *c*) kyste vaginal ; *d*) kyste dermoïde de l'ovaire ; ou enfin, *e*) fibro-myôme du vagin.

Opération. — Après irrigation antiseptique et soins préliminaires usuels, la femme étant placée dans la position exagérée de la taille, la

muqueuse du vagin fut incisée au niveau de la portion inférieure de la tumeur. Il ne s'écoula pas de liquide et le néoplasme apparut solide et encapsulé. Énucléation très laborieuse et hémorrhagie abondante. La tumeur enlevée, une sonde dirigée en haut pénétra de six pouces dans la loge. Un certain nombre de pinces furent appliquées sur les points saignants. Puis, la loge ayant été touchée avec une solution iodurée, fut bourrée de gaze. Une nouvelle hémorrhagie s'étant produite avant le réveil de l'opérée, il fallut appliquer un plus grand nombre de pinces. *Guérison* régulière et apyrétique, mais persistance de troubles nerveux.

Examen de la tumeur. — Néoplasme lobulé, dur, encapsulé, du poids de 14 onces 1/2; diamètre longitudinal 5 pouces, transverse 3 pouces 1/2, de forme triangulaire et donnant une vague sensation de fluctuation. Au microscope, constatation d'éléments cellulaires rappelant exactement par leurs formes et leurs dispositions ceux des fibromes utérins — un mélange d'éléments fibreux et musculaires.

Kleinwächter, grâce à des recherches très complètes dans la littérature médicale, a rassemblé 53 cas. Il comprend, note et critique dans sa liste de faits, les 35 cas de Neugebauer et les 37 cas de Breisky. D'où, avec les 29 cas dont j'ai noté les particularités, un total de 81 observations qu'il est possible de bien étudier. Il semble que le premier exemple de cette production pathologique ait été relaté en 1773 (Jacob Denys), et, que quelques-uns des faits rapportés par Kleinwächter commandent certaines réserves malgré l'analyse rigoureuse à laquelle il les a soumis. Cet auteur a d'ailleurs étudié d'une façon si complète les matériaux rassemblés jusqu'en 1882, que je ne veux ici soumettre à une analyse critique que les 29 cas que j'ai pu collecter ultérieurement.

Kleinwächter a repoussé l'opinion de Kiwisch que le plus grand nombre des fibro-myômes vaginaux prennent leur origine dans l'utérus, dont ils se sépareraient plus tard, et, de fait, 9 fois dans mes cas il n'existait aucune connexion apparente avec cet organe. Dans un seul cas seulement, il existait également un fibrome utérin. Ces tumeurs sont des fibromes, des myômes, ou des combinaisons de ces deux variétés, soit des fibro-myômes.

Age. — L'âge est mentionné 24 fois : malade la plus jeune, 29 ans; la plus âgée, 52; 2 ayant plus de 50 ans; 3 plus de 45 et 6 plus de 40. Ces chiffres viennent à l'appui de l'opinion de Kleinwächter que les fibro-myômes du vagin s'observent surtout dans la dernière période de la vie sexuelle et vers la ménopause. D'autre part, 3 cas d'une authenticité bien établie par Traetzl, Wilson et Martin ont été observés chez des enfants : 1) à 1 an un quart, 2) 2 ans et demi, et 3) fille nouveau-née.

Volume. — Très variable. Gremler a cité le fait où il était le plus grand. La tumeur pesait 10 livres 2 onces 1/2, et pendait de la paroi vaginale, comme une grosse poire, avec un pédicule de l'épaisseur de deux doigts. Dans 2 cas, le néoplasme avait le volume d'une tête d'enfant; on l'a d'ailleurs trouvé très variable, d'une grosse pomme à une lentille, et, communément, d'une noix.

Siège. — Tumeur habituellement unique, pédiculée ou sessile, et vraisemblablement toujours sessile au début. C'est la paroi vaginale antérieure qui est habituellement atteinte. Sur 39 des cas rapportés par Kleinwächter où le siège est mentionné, 25 fois il correspondait à la paroi antérieure ; sur les 29 collectés par moi, 23 fois aussi il occupait cette paroi, soit à droite ou à gauche de la ligne médiane.

Dégénérescences. — Dans 5 cas, il y eut gangrène de la muqueuse vaginale qui recouvrait la tumeur. D'autre part, on a noté 2 transformations intéressantes : *a*) calcification et *b*) formation d'un hématome dans la substance du néoplasme. Dans le premier cas (cas de Strassmann), la malade avait, un an et demi auparavant, avalé une épingle, et, durant quelques mois, avait ressenti entre l'anus et le vagin des douleurs lancinantes qu'elle supposait produites par la pointe de l'épingle. A l'examen, on sentit, immédiatement au-dessous de la muqueuse, un corps dur, lobulé, du volume d'une lentille. En l'énucléant, on reconnut qu'il s'agissait d'un nodule fibreux en processus

de calcification et sans aucun rapport avec l'épingle. Dans le cas de Hofmokl, la tumeur fut ponctionnée, ponction qui ne donna que du sang. En l'enlevant, on trouva une cavité sphérique à parois rugueuses et de tissu fibro-myomateux. Hofmokl vit dans ce fait un exemple d'hématome vrai.

Les **symptômes** sont naturellement en rapport avec le volume, le siège, la rapidité d'évolution de la tumeur. Il faut, d'autre part, avoir présent à l'esprit les dégénérescences possibles, calcification, sphacèle, etc.

L'évolution du néoplasme est variable, en général, très lente.

Dans un cas, il mit 10 ans à atteindre celui d'un œuf de poule, tandis que dans un autre, après avoir grossi très lentement durant 4 ans, il doubla brusquement de volume en 6 mois. Dans la seconde de mes observations, la tumeur datait au moins de 3 années.

Dans 5 cas, la tumeur ne donna lieu à aucun symptôme, dans 2 autres les malades demandèrent du soulagement parce qu'elles sentaient comme « une masse ». Les autres symptômes observés furent : miction difficile (5 fois), dyspareunie (4 fois), obstruction rectale (3 fois), douleurs lombaires, tiraillements, locomotion difficile, troubles réflexes. Retentissement sur la menstruation insignifiant. Dans les cas où les malades accusèrent des métrorrhagies, il est probable que les pertes irrégulières de sang provenaient d'ulcérations survenues à la surface de la tumeur. Sur 29 cas, 24 fois on constata ces effets, 5 fois seulement il y eut des ménorrhagies vraies. Kleinwächter incline à penser que ces tumeurs créent plutôt l'aménorrhée. La fécondité ne paraît pas altérée et la grossesse ne semble pas avoir sur ces tumeurs la même influence que sur les fibro-myômes utérins. Au moment de l'accouchement, la tumeur peut gêner la marche du travail, et les suites de couches peuvent se compliquer du sphacèle soit de la tumeur, soit de la paroi vaginale, sphacèle aboutissant à la fistule vésico-vaginale.

Le **diagnostic différentiel** doit être fait avec : a) les kystes

du vagin, *b*) les fibromes utérins sous-séreux, pédiculés, et *c*) un processus malin, primitif. La première de ces affections est souvent l'occasion d'une erreur de diagnostic, la ponction donnant un résultat négatif. Dans mon second cas, assurément la fluctuation semblait exister, et, une fois extraite, la tumeur donnait la sensation d'un liquide contenu dans une poche à parois flasques.

Traitement. — La tumeur est-elle petite, et observe-t-on qu'elle est à l'état de repos? pas d'intervention. Par contre, si l'on constate qu'elle grossit rapidement, qu'elle se pédiculise, qu'elle se sphacèle, il faut intervenir. Plusieurs méthodes ont été suivies, parmi lesquelles la torsion de la tumeur, la ligature de son pédicule, le galvanocautère, l'énucléation et la suture, *l'écraseur*. Le traitement idéal paraît être : incision et énucléation avec sutures superficielle et profonde, dans les cas de tumeurs sessiles ; ligature du pédicule par portions et ablation dans ceux de tumeurs polypoïdes. Une asepsie rigoureuse est évidemment nécessaire ; 21 fois sur mes 29 cas, il fut procédé à l'incision, à l'énucléation et au bourrage de la poche avec de la gaze, méthode qui donna les meilleurs résultats. Dans un cas de tumeur polypeuse, du poids d'une livre et demie, occupant entièrement le vagin, Storer, après avoir essayé de sectionner le pédicule avec un fil *écraseur*, réussit avec une chaîne. Mais ne réussissant pas à dégager la tumeur par le vagin, il introduisit l'avant-bras dans le rectum, après dilatation forcée du sphincter, et, grâce à des pressions exercées de haut en bas, obtint ce dégagement. Dans un autre cas, la tumeur fut dégagée avec le forceps obstétrical et à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, puis le pédicule fut lié par parties et la tumeur enlevée. Je n'ai rencontré aucun cas où la cœliotomie fût nécessaire. La torsion est dangereuse, parce que dans le cas de ces tumeurs situées dans la paroi vaginale antérieure, on peut facilement saisir la vessie dans le pédicule, et reproduire ainsi une fistule vésico-vaginale. Un avertissement sur les éventualités possibles après l'énucléation de la tumeur : les parties sont très vas-

culaires et une hémorrhagie secondaire peut survenir, comme dans ma seconde observation.

Conclusions. — Les fibro-myômes du vagin sont certainement uniques et sont habituellement à développement lent. Leur siège le plus ordinaire est sur la paroi vaginale antérieure ; ils sont sessiles ou pédiculés. Ils n'exercent aucune influence notable ni sur la conception, ni sur l'évolution de la grossesse ; mais ils peuvent être la cause de dystocies graves. Les symptômes dépendent de leur volume, de leur siège et traduisent d'ordinaire les compressions qu'il exercent sur les organes voisins.

La gangrène est le processus dégénératif qui les atteint le plus fréquemment. Le traitement le plus approprié est l'ablation par l'énucléation avec suture ou bourrage de la poche avec de la gaze.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

(1) *Zeit. f. Heilk.*, Bd. III, p. 335. — (2) *Prager Vierteljahrschrift*, 1877, Bd II, p. 59. — (3) BILLROTH'S. *Handbuch der Frauenkrankheiten*, Bd III, p. 723. — (4) *Klin. Vorträge*, Bd II, p. 545. — (5) *Allgem. wien. med. Zeit.*, 1868, Bd XX, p. 227. — (6) *Medical Times and Gazette*, 1876, I, p. 860. — (7) *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd III, p. 406. — (8) NEUGEBAUER, p. 79. — (9) Porro's Case. *Ann. de Gynéc.*, 1876, p. 72.

BIBLIOGRAPHIE DES 29 CAS

Cas 1. — MACAN. *Dublin Quarterly Journ. Med. Sc.*, 1881, vol. LXXI, p. 156.

Cas 2. — DONALD. *Medical Chronicle*, vol. IX (1888-9), p. 303.

Cas 3. — C. M. GREEN. A case of Fibro-myoma of the Vagina. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1892, CXXVII, p. 594.

Cas 4. — DA COSTA. Large Fibroid Tumour of the Anterior Wall of the Vagina. *Medical News (Philadelphia)*, 1895, vol. LXXVII, p. 463.

Cas 5. — CASWELL. Fibroma of the Vagina. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1883, CIX, p. 151.

Cas 6 et **7.** — GAYE. *Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 43, p. 652.

Cas 8. — G. BRAUN. Gebrauch eines bei Extirpation eines Fibroms der vorderen Vaginalwand benützen Spekulums. *Wien. med. Woch.*, 1885, XXXV, p. 1557-9.

Cas 9. — LEWERS. *Obstet. Trans.* (*London*), 1887, vol. XXIX, p. 299.

Cas 10. — TILLAUX. Fibro-myôme de l'urèthre. *Annales de Gynécologie*, 1889, vol. XXXII, p. 161.

Cas 11. — HERMAN. *Obstet. Trans.* (*London*), 1889, vol. XXII, p. 44.

Cas 12. — STUMPF. Myofibrom der Vagina mit beginnender Verjauchung. *Münch. med. Woch.*, 1890, XXXVII, p. 694.

Cas 13 et **14.** — P. STRASSMAN. Zur Kenntnis der Neubildungen der Scheide. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1891, p. 825.

Cas 15. — HOFMOKL. Entfernung eines Kindskopfgrossen Fibromyom der vorderen Vaginalwand durch elastische Ligatur. *Wien. med. Presse*, 1891, XXXII, p. 1229.

Cas 16. — HASENBALG. Fibröser Polyp der Vagina. *Zeits. f. Geb. u. Gynäk.*, 1892, XXIII, p. 52.

Cas 17. — A. BREISKY. *Handbuch der Frauenkrank.*, Bd III, p. 781.

Cas 18, 19 et **20.** — HASTENPFLUG. *Ueber Vaginal-Myome.* Inaugural Diss. Jena, 1888.

Cas 21. — C. CLEVELAND. *New-York Journal of Gyn. and Obstet.*, 1893, vol. III, p. 154.

Cas 22. — WERNITZ. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1894, n° 26, p. 632.

Cas 23. — THORNTON PARKER. *Virginia Medical Monthly*, Richmond, 1886, 7, XIII, p. 793.

Cas 24. — ALFRED C. GODFREY. Fibro-myomata of the Vaginal Wall. *Colorado Medical Journal*, 1896, n° 9, p. 284.

Cas 25. — J. C. MOORE. *St-Louis Med. and Surg. Journal*, 1885, vol. XLVIII, p. 125.

Cas 26. — R. CONDAMIN. Note sur une observation de fibrome juxta-uréthral du vagin. *Archives provinciales de Chirurgie*, Paris, 1894.

Cas 27. — PAQUET. Tumeur fibreuse du vagin. *Bulletin médical du Nord*, 1882, n°. 2, p. 65.

Cas 28 et **29.** — JOHN PHILLIPS. Présent article.

REVUE GÉNÉRALE

ANOMALIES DE SITUATION ET DE DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS GRAVIDE ET LEURS COMPLICATIONS

Par le Dr R. Labusquière.

Il est des accouchements où, quand il n'est pas prévenu de l'influence de certaines conditions anatomiques, le praticien se leurre de l'espoir d'une marche régulière du travail et d'une terminaison rapide, accouchements qui, contrairement à cette attente, se prolongent et réclament des interventions parfois pénibles et difficiles. Sous l'influence de facteurs qui peuvent être divers, l'extension, le développement de l'organe gestateur n'a pu se faire d'une manière régulière ; certaines portions de l'utérus n'ont pu suivre régulièrement le développement de l'œuf, d'où l'ectasie exagérée, anormale, supplémentaire en quelque sorte d'autres, et ces défectuosités, qui peuvent déjà influer défavorablement sur la grossesse jusqu'à en interrompre le cours, s'accentuent parfois du fait des contractions utérines et, au lieu de l'accouchement régulier, facile, espéré, ce sont les complications les plus graves et les interventions les plus radicales qui se présentent au praticien : rétroversion complète et incomplète de l'utérus gravide, ectasies sacciformes de telle ou telle région de la matrice, coudures de cet organe, — telles sont les anomalies de siège, de direction, d'extension que nous envisageons ici.

***

Nos lecteurs savent qu'il a été publié dans ce journal des

contributions nombreuses et importantes sur certains points au moins de ce sujet. Nous nous bornerons à rappeler ici : 1° le travail important de MM. Pinard et Varnier, « *Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide ; note sur le rôle des adhérences péritonéales anciennes dans l'étiologie de la rétroversion et de l'enclavement irréductible de l'utérus gravide* » (1) ; 2° celui de MM. Varnier et Delbet, « *Rétroflexion de l'utérus gravide à terme, obstruction pelvienne par un fibrome adhérent*, etc. » ayant pour base un cas aussi grave qu'intéressant dans lequel, pour la première fois, on fit, avec succès, l'hystérectomie abdominale totale sans évacuation préalable de la matrice (2). Il est également intéressant de relire une courte note de Schwartz (3) sur « *Deux observations de rétroflexion utérine. Utérus à ressort et utérus gravide* », ainsi qu'une observation de rétroversion de l'utérus gravide qui fut simplement réduite, observation communiquée par Hartmann (4), et le travail de M. Paquy sur « *La colpotomie antérieure* » (5). Nous bornant à ces quelques citations qu'on pourrait multiplier beaucoup, nous désirons analyser maintenant d'assez près, en raison de l'intérêt et des côtés pratiques de la question, un mémoire important de Dührssen (de Berlin), ayant pour titre *Des ectasies sacciformes, des inclinaisons en arrière et des coudures de l'utérus gravide avec étude spéciale de la soi-disant rétroflexion de l'utérus gravide, partielle* » (6), et résumer une thèse de M. Harlay, contemporaine de ce travail.

*
* *

L'auteur allemand s'occupe d'abord de *l'étiologie* des ectasies sacciformes de l'utérus gravide.

---

(1) 1886, novembre, p. 338 ; 1887, février, p. 85, mars 338.

(2) 1897, février, p. 102.

(3) 1894, octobre, p. 241.

(4) 1894, octobre, p. 263.

(5) 1896, juin, p. 436.

(6) Ueber Aussackungen, Rückwartsneigungen und Knickungen des schwangeren Uterus mit besonderer Berücksichtigung der sog. Retroflexio uteri gravidi partialis. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 32, p. 859.

I. — Les ectasies sacciformes de la paroi postérieure de l'utérus, situées dans le petit bassin, peuvent se produire :

A. Sur l'utérus rétrofléchi (rétroflexion de l'utérus gravide, partielle, vraie).

B. Sur l'utérus antéfléchi :

a) Dans le cas d'utérus bicorne.

b) Par le fait de tumeurs.

c) Sous l'action de la partie fœtale qui se présente ou sous l'influence du développement plus grand du segment inférieur, postérieur de l'utérus.

d) Du fait d'adhérences périmétritiques de la paroi postérieure de l'utérus.

e) Par le développement défectueux de la paroi antérieure et le développement supplémentaire de la paroi postérieure de l'utérus consécutivement à la vagino-fixation et à la ventro-fixation *sans fermeture isolée du péritoine*.

II. — Les dilatations sacciformes de la paroi antérieure de l'utérus situées dans le petit bassin peuvent être produites :

α) Par la partie fœtale qui se présente.

β) Par la vagino-fixation et la ventro-fixation.

III. — Les dilatations sacciformes des parois latérales de l'utérus gravide antéfléchi peuvent être causées :

γ) Par des adhérences périmétritiques.

δ) Par des torsions de l'utérus.

) Par vagino-fixation et ventro-fixation.

Les ectasies sacciformes réunies dans les groupes *c*, *e*, α, β, et ε, ne se produisent que sous l'influence de l'accouchement.

Sous le rapport de *l'étiologie de la rétroversion de l'utérus gravide partielle, vraie*, l'auteur a observé deux cas dans lesquels : 1) *des adhérences périmétritiques* de la paroi postérieure du corps de l'utérus étaient la cause de l'anomalie de situation et de forme existante. Tout d'abord ces adhérences retinrent la paroi postérieure de l'utérus dans le petit bassin, et l'œuf en s'accroissant la repoussa de plus en plus jusqu'au détroit inférieur. Dans ces cas, ces adhérences, qui auraient existé

avant la grossesse, opposèrent un obstacle insurmontable à la réduction de l'ectasie utérine (des exemples analogues ont été rapportés par Stille, Braxton Hicks et Ribnikar).

Un second facteur étiologique de la rétroflexion partielle, ce sont les : 2) *rétractions de la séreuse utérine* dans le voisinage de l'angle de coudure. Ces zones rétractées de la séreuse agissent comme les brides périmétritiques ; elles retiennent la portion de la paroi postérieure de l'utérus qu'elles limitent dans le bassin, portion évidemment d'autant plus importante que la traction s'exerce plus haut.

3) La rétroflexion partielle de l'utérus gravide peut aussi être la conséquence : a) d'un rétrécissement pelvien suivant le conjugué vrai, la saillie anormale du promontoire empêchant l'ascension de la paroi postérieure de l'utérus dans le grand bassin ; b) *de tumeurs* agissant par le même mécanisme.

Remarque. — L'auteur, en passant, note que les divers moments étiologiques énumérés ci-dessus jouent aussi un rôle important dans l'étiologie de la *rétroflexion de l'utérus gravide, complète.* Au sujet des adhérences périmétritiques, il écrit : « de ces adhérences, les plus redoutables pour l'avenir de la grossesse et de l'accouchement ce sont celles qui, comme dans les cas de Schatz et Moldenhauer, intéressent la vessie, l'épiploon, l'intestin et qui forment comme un toit, comme un couvercle au-dessus du détroit supérieur ». Nous rappelons que c'est un fait de cet ordre qui a été l'occasion du mémoire, cité au début, de Pinard et Varnier.

Dans la rétroversion de l'utérus gravide, la déviation elle-même de l'utérus, au moins quand elle existe au 2e et au 3e degré, force l'organe à s'accroître vers la concavité sacrée ou même vers le plancher périnéal, en sorte que l'enclavement est une conséquence inévitable de cet accroissement. Si la rétroversion n'est qu'au 1er degré, le fond de l'utérus siège au niveau du promontoire et l'organe gestateur peut arriver à se développer librement dans la cavité abdominale.

L'auteur esquisse ici, à grands traits, avant d'aborder l'étude étiologique et clinique des ectasies sacciformes de l'utérus,

la physionomie morbide de la rétroflexion et de la rétroversion de l'utérus gravide avec incarcération.

La clef du *diagnostic* est dans l'appréciation juste de la tumeur formée par la vessie pleine d'urine. Mais, même après l'évacuation de la vessie, ce diagnostic peut présenter de graves difficultés, dans des conditions rares il est vrai : par exemple, quand la portion supra-vaginale du col est anormalement longue et que le corps de l'utérus, par l'effet d'une torsion sur le col, vient à se placer latéralement par rapport au col. Dans ces cas particulièrement difficiles, le cathétérisme de l'utérus doit être fait.

Les causes de la mort à la suite de la rétroversion de l'utérus gravide peuvent venir : a) de la *vessie*, b) de l'*utérus*, e) de *l'intestin*. Mais dans 9 p. 100 des cas, elle résulte de la rétention d'urine associée à la rétroflexion : 1) mort par urémie, 2) beaucoup plus souvent par gangrène de la vessie (influence pathogénique de la seule rétention d'urine; hyperhémie veineuse, compression exercée par le col de l'utérus sur les vaisseaux, afférents et déférents, au niveau du col de la vessie, d'où stase veincuse et anémie artérielle, nécrose ; adhérences d'anses intestinales à la voûte de la vessie nécrosée et passage, à travers les parois intestinale et vésicale altérées de micro-organismes partis de l'intestin).

En semblables conditions *il faudrait, par crainte de rupture du réservoir urinaire altéré, proscrire toutes manœuvres de reposition*.

La gangrène de la vessie ne se terminerait par guérison que lorsque la muqueuse vésicale ou même toute la vessie complètement décollée par le travail de suppuration s'élimine par l'urèthre. A défaut de cette élimination, le sphacèle aboutit à la mort : a) par intoxication putride, ou b) par pyémie (formation d'abcès sous ou intra-péritonéaux, suppuration du rein; péritonite putride par rupture de la vessie ou propagation du processus gangréneux vésical au péritoine, terminaisons qui paraissent avoir été l'effet de tentatives de reposition). En certain cas (Kroner, Rasch, Chambers) une manœuvre thérapeutique né-

cessaire, le cathétérisme, aurait déterminé des hémorrhagies *ex vacuo*.

Il importe, sous le rapport du traitement, de savoir *au bout de combien de temps la rétention d'urine aboutit à la gangrène de la vessie.*

Dans un cas observé par Walters, l'expulsion de la muqueuse vésicale sphacélée se fit déjà après 4 jours, en dépit d'une reposition immédiate.

D'autre part, un fait très ancien (1732), relaté par Reinick, paraît établir qu'une femme atteinte de rétention complète de l'urine avait pu survivre 10 jours (morte par urémie); la vessie contenait 21 livres d'urine.

Il est remarquable de constater combien peu, dans ces cas, l'utérus et son contenu font preuve de solidarité pathologique. Et quand l'organe gestateur est le siège de phénomènes morbides, ils sont le plus souvent secondaires et les effets soit de la propagation de la phlegmasie vésicale ou d'une infection septique directe (par exemple, perforation produite par les instruments introduits dans la vessie, des parois vésicale et utérine, etc.). Pinard et Varnier écrivaient dans leur mémoire : « A ne considérer que l'appareil symptomatique et l'anatomie pathologique de la rétroversion de l'utérus gravide, on pourrait presque dire que *dans cette maladie l'utérus n'est rien et la vessie est tout* ». *Loc. cit.*, février 1887, p. 8577.

Une faute commise souvent, c'est de parler indifféremment de rétroversion et de rétroflexion de l'utérus gravide. Or, la distinction importe, les 2 états présentent dans leur marche des différences notables. Une rétroversion de l'utérus gravide au premier degré n'aboutit pas en général à l'incarcération ; au deuxième degré, l'incarcération survient le plus souvent s'il n'y a pas avortement. Toutefois, un décubitus convenable de la malade et le cathétérisme régulier peuvent amener la reposition spontanée de l'utérus. *L'incarcération survient dans la rétroversion un demi-mois plus tôt que dans la rétroflexion, déjà vers la moitié du 3e mois.* Le redressement artificiel est aisé. La mortalité est pour ainsi dire nulle, sauf dans le cas où le

cathétérisme a été tout à fait négligé. D'ailleurs, même l'enclavement effectué, la guérison naturelle est possible, si la paroi antérieure du corps de l'utérus arrive à se développer dans le grand bassin. *Mais alors il y a rétroversion de l'utérus gravide partielle.* Elle se distingue de la rétroflexion de l'utérus gravide partielle, parce que dans la première le col de l'utérus est dirigé non en bas, mais vers la symphyse.

La rétroversion de l'utérus gravide au troisième degré présente un intérêt tout spécial. Ici, détail à noter, l'enclavement est plutôt tardif et se produit, en général, vers le milieu de la grossesse, environ 2 mois et demi plus tard que dans la rétroversion au deuxième degré. L'utérus étant à peu près complètement retourné, toute la partie inférieure peut librement se développer dans l'excavation, tandis que le fond de la matrice refoulant le plancher périnéal, se développe dans cette direction. Beaucoup de ces cas ont été, à tort, pris pour des exemples de rétroflexion de l'utérus gravide partielle (G. Veit).

Les cas de cet ordre que l'auteur a pu réunir ont fourni : 7 morts ; 2 gangrènes de la vessie ; 4 avortements spontanés ; 4 avortements artificiels ; et seulement 6 accouchements à terme après reposition.

* * *

Traitement de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus gravide avec incarcération. — Il faut avant tout donner issue à l'urine. Donc, pratiquer le cathétérisme. Ne pas oublier que quelquefois le simple refoulement du col rend ce cathétérisme extrême facile et permet même l'émission spontanée de l'urine. En s'ingéniant ainsi à libérer la vessie, la ponction de cet organe sera rarement indiquée. Toutefois, au cas d'échec, il faudra y avoir recours, à la condition expresse qu'il n'existe aucun phénomène de gangrène de la vessie.

La vessie évacuée, on est conduit à procéder à la reposition de l'utérus (réduction en agissant par le vagin, la femme étant dans la position génu-pectorale ; réduction, suivant la méthode de Sänger, la femme étant mise en position élevée du bassin ;

attraction du col au moyen d'une pince après narcose, etc.).

La réduction obtenue, Dührssen met toujours, quand il s'agit d'une grossesse à 3 mois, un pessaire, pratique de laquelle il n'a, comme Zweifel, observé jusqu'ici aucun inconvénient. Mais, *même après la réduction obtenue*, il importe de surveiller la malade parce que la rétention d'urine peut persister et même la gangrène vésicale survenir.

Si, du fait d'adhérences périmétritiques ou d'altérations ostéomalaciques du bassin, la reposition échoue, on attend en veillant soigneusement à l'évacuation de la vessie et du rectum. Mais, si l'urine devient sanglante, noirâtre, ammoniacale, si la fièvre s'allume, si, en résumé, apparaissent *des symptômes de gangrène de la vessie*, plus de temporisation. — Il faut *procéder à l'évacuation immédiate de l'utérus* par la ponction immédiate des membranes ovulaires par la voie naturelle ou à travers la paroi postérieure du vagin. Ce procédé thérapeutique va *sans tentatives préalables de reposition* quand, au moment du traitement, la femme présente déjà des symptômes de gangrène de la vessie. Dans ces cas, comme cela a été noté plus haut, il faut, le cathétérisme ayant échoué, proscrire la ponction vésicale : *mieux vaut faire succéder à la ponction de l'œuf le cathétérisme de la vessie.*

Mais qu'en dépit de ce traitement, l'urine devienne plus trouble, plus fétide, qu'elle contienne des débris noirâtres et du pus, que la fièvre persiste ou augmente, que l'incontinence alterne avec la rétention de l'urine, que la vessie évacuée constitue une tumeur reconnaissable derrière la symphyse, sensible, grosse comme le poing, que des infiltrations de la paroi abdominale, une distension douloureuse du ventre, des vomissements apparaissent, ce sont là autant de phénomènes qui indiquent que la paroi vésicale, gangrénée, est en voie de se détacher.

Par rapport à ces cas graves, Pinard et Varnier ont réalisé un progrès important dans le traitement en proposant l'ouverture de la vessie par le vagin (taille vaginale).

Existe-t-il une infiltration de la paroi abdominale, il faut inciser. De même, au cas d'un abcès prévésical ; abcès qui peut être

sous-péritonéal ou intra-péritonéal. Dans le 1er cas, ou bien on ouvrira la vessie par la taille élevée, ou bien on agrandira une ouverture déjà existante de façon à réaliser un large drainage de haut en bas, par le vagin. S'il s'agit d'un abcès intra-péritonéal situé entre la paroi vésicale et abdominale, et isolé de la cavité péritonéale à la faveur des adhérences contractées par la vessie avec la paroi abdominale, mieux vaudra éviter d'ouvrir la vessie par en haut, de peur de léser les adhérences isolantes.

En ce qui concerne la *laparotomie*, elle est, en *général*, *contre-indiquée* dans ces cas graves, compliqués de cystite gangréneuse.

***

Traitement de la rétroflexion de l'utérus gravide partielle, pendant la grossesse. — Ce traitement est soumis aux mêmes principes que ceux qui dominent celui de l'incarcération complète. En présence de troubles urinaires graves, renoncer à la reposition et interrompre la grossesse. Si l'on ne réussissait pas à attirer le col, on pourrait procéder à la ponction de l'utérus, et si l'enfant vivait, à la césarienne *vaginale*.

Dans les cas connus d'*accouchements* compliqués de *rétroversion de l'utérus gravide partielle*, on a, le plus souvent, pour accélérer l'accouchement toujours notablement prolongé, recouru à la réduction de la partie de l'utérus située dans le bassin (Wyse, Oldham et Stillo) et extrait l'enfant en agissant sur les pieds ou le siège. Quand, en raison de la situation basse de la tête, de son engagement déjà trop accusé, les modes d'extraction sont irréalisables, Oldham conseille de dilater manuellement le col et de l'attirer en arrière. En semblables conditions, la colpeuryse intra-utérine, combinée avec la position élevée du siège, pourrait rendre des services.

Rétroflexion de l'utérus gravide partielle, apparente. C'est le même état que dans la rétroflexion de l'utérus gravide, partielle, vraie ; cependant, il ne s'agit alors que de

l'ectasie sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus. Dans 8 cas, la *distension sacciforme fut l'effet d'un utérus bicorne.* Dans l'utérus bicorne, la corne droite est située un peu en arrière ; l'œuf vient-il à se développer dans cette corne, il imprime en s'accroissant une impulsion à l'utérus vers la concavité du sacrum, d'où la formation du diverticule utérin. Dans 5 de ces cas on diagnostiqua une grossesse extra-utérine, et 4 fois la laparotomie fut pratiquée.

Dührssen note qu'il a été le premier à décrire la *dilatation sacciforme causée par des tumeurs.*

Dans son observation, il s'agissait d'un myôme qu'on enleva par énucléation après laparotomie, celle-ci ayant été précédée de la réduction du diverticule utérin. *Guérison*, mais accouchement prématuré, spontané à 7 mois. Entre autres faits analogues, l'auteur cite celui de MM. Varnier et Delbet, objet de la monographie que nous avons également rappelée.

Dans les derniers mois de la grossesse, le diverticule *de la paroi postérieure du corps de l'utérus antéfléchi peut être causé par la partie fœtale qui se présente* (Scanzoni ; cet auteur incrimine le « ventre pendant »). Levret admettait que l'insertion du placenta sur le segment inférieur pouvait entraîner la dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus.

Diverticules de la paroi postérieure de l'utérus antéfléchi par des adhérences périmétritiques. Il y a 10 ans déjà que Dührssen a déclaré que les tiraillements exercés par ces adhérences pendant la grossesse pouvaient créer des dilatations sacciformes de la paroi postérieure de la matrice, de nature à faire croire à une rétroflexion de l'utérus gravide partielle. Or, ce qu'il a observé à la suite des adhérences trop solides contractées par l'utérus vaginofixé, alors qu'il n'avait pas, au début de cette intervention, la précaution de fermer isolément le Douglas antérieur, est venu confirmer la justesse de cette opinion.

Que se passait-il dans un utérus trop fortement vaginofixé et devenu gravide ? Les adhérences utéro-vaginales, trop résistantes, empêchaient la paroi antérieure de suivre l'extension

de l'œuf; cette paroi était de plus en plus refoulée vers le bassin, tandis que la paroi postérieure, subissant une surdistension de suppléance, attirait fortement le col en haut, au-dessus du promontoire. Or, les brides, adhérences périmétritiques retenant en bas la paroi postérieure, agissent de même façon et produisent le diverticule postérieur. Thérapeutique difficile dans ces cas ; peut-être la césarienne vaginale est-elle appelée à rendre des services. Il faudra, le cas échéant, la compléter par la castration totale, s'il existait des altérations bilatérales des annexes.

Diverticules sacciformes de la paroi postérieure de l'utérus par insuffisance d'extension de la paroi antérieure consécutive à la vagino-fixation et à la ventro-fixation sans fermeture isolée du péritoine. Le meilleur traitement de ces complications, c'est le traitement prophylactique (fermeture isolée de la boutonnière péritonéale dans la vagino-fixation) (1).

Diverticules sacciformes de la paroi antérieure de l'utérus : Cette ectasie anormale peut se produire, par exemple, chez des primipares par le double mécanisme suivant : les ligaments rétracteurs de l'utérus attirent fortement le col en arrière, tandis que la paroi abdominale très tendue, douée d'une forte tonicité, refoule vers le bassin le pôle fœtal qui force sur la paroi antérieure.

Traitement : Suppression de la pression abdominale par la narcose, refoulement en haut du pôle fœtal, et simultanément attraction en avant de l'orifice externe. Au cas d'échec de ces tentatives et de danger imminent pour la mère, indication possible de la césarienne vaginale après ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin.

Diverticules sacciformes des parois latérales de l'utérus gravide, antéfléchi : Ils sont les effets des tractions et torsions exercées sur l'utérus par des adhérences périmétritiques et des brides paramétritiques.

Traitement : Conserver intacte le plus longtemps possible la poche des eaux. La poche des eaux rompue, attirer l'orifice

---

(1) Voir : *Annales de gyn. et d'obst.*, janvier 1899, p. 48.

externe dans l'axe du vagin, le dilater et procéder à la version. En cas d'impossibilité, l'indication se pose de la mutilation du fœtus ou de la césarienne.

*
* *

Le travail de Dührssen, communiqué à la Société de Leipzig (séance du 4 mai), donna lieu à une discussion dont voici le résumé. Sur la cause du phénomène capital dans la rétro-déviation de l'utérus gravide, *la rétention d'urine*, Zweifel émit cette opinion qu'elle était due, non à la compression considérable de l'urèthre, mais plutôt à la formation d'un repli, d'un éperon aux dépens de la paroi postérieure de la vessie par coudure du col vésical en arrière. La nécessité du cathétérisme vésical étant universellement reconnue, on discuta la question de savoir si l'on pouvait utiliser les *cathéters rigides* (en verre ou métallique), question que la plupart résolurent par l'affirmative. La question de *l'emploi de la sonde utérine* dans le but de faire le diagnostic, souleva des réserves. Sänger, Krönig par exemple, rappelèrent les dangers de l'interruption de la grossesse et, de plus, notèrent que même l'examen avec la sonde utérine pouvait induire en erreur, particulièrement dans les cas d'allongement anormal du col. En semblables conditions, pour peu que le corps de l'utérus soit dévié sur le côté, on peut conclure à l'existence d'une tumeur, d'une grossesse extra-utérine. Zweifel et Dührssen admirent l'emploi de la sonde utérine, tout en limitant l'emploi, en raison de ses inconvénients, à des cas qui doivent rester rares. En ce qui concerne la *gangrène de la vessie*, Sänger est peu disposé à la rapporter aux tentatives de reposition. Elle est plutôt la conséquence de la rétention de l'urine, due à l'ignorance, où reste trop souvent le médecin, de la véritable nature des accidents, ignorance qui fait qu'il ne songe ni à évacuer la vessie, ni à réduire l'utérus. Contrairement à Dührssen, il croit que, même pour les cas graves, il ne faut pas systématiquement proscrire les tentatives prudentes de reposition. Il ne connaît qu'un exemple authentique de ces *hémorrhagies*, consécutives au cathété-

risme, dites *ex vacuo*, le cas de Kroner (1). D'après lui, ces hémorrhagies proviennent d'érosions vasculaires, effets de gangrènes partielles. Il insiste particulièrement sur la *distinction* à faire entre la *rétroversion et la rétroflexion* de l'utérus gravide, la première étant de beaucoup plus grave, et il estime que l'application d'un pessaire convenable chez toute femme atteinte de rétroflexion de l'utérus et en âge d'enfanter est un bon traitement prophylactique des accidents possibles dans l'éventualité d'une grossesse. Græfe, parlant des *tentatives de reposition*, déclare avoir à plusieurs reprises observé ceci : Ayant dans des cas d'utérus gravide, rétrofléchi, compliqué d'incarcération, réussi à ramener au détroit supérieur et même un peu au-dessus le corps de l'utérus, mais sans obtenir l'antéflexion normale, il se proposait d'arriver, dans une autre séance, à la faveur de la narcose, à ce résultat. Or, dans l'intervalle, la réduction s'était complétée spontanément. Souvent aussi il a vu s'effectuer spontanément, au cours de la grossesse, la réduction d'un utérus primitivement fixé en rétroflexion par des adhérences périmétritiques, réduction spontanée, assurément due à l'extension progressive, sous l'influence de la grossesse, de ces adhérences. Il croit donc à l'utilité du refoulement prudent et répété du fond de l'utérus à travers le cul-de-sac vaginal. Conformément à l'avis exprimé par Dührssen, Zweifel condamne la *ponction de la vessie* dans les cas particulièrement graves où le cathétérisme ne réussit pas, cas dans lesquels l'urine infectée risquerait de contaminer le péritoine. Relativement à la présence du *bacterium coli* dans l'urine, Krönig ne croit pas qu'il en faille sûrement déduire l'existence d'adhérences vésico-intes-

(1) Dans ce cas, rapporté par DÜHRSSEN (*Arch. f. Gyn.*, Bd LVII, Hft 1, p. 99), l'hémorrhagie survint une heure après le cathétérisme, qui avait donné issue à 5 litres d'urine claire. Perte de connaissance, vomissements, vessie remontant encore au-dessus de l'ombilic ; évacuation, avec le cathéter, de 2 litres et demi d'urine sanglante, évacuation après laquelle la vessie resta encore volumineuse. Or, l'autopsie montra que la face supérieure de la vessie avait contracté, avec l'épiploon, des adhérences qui l'empêchaient de revenir sur elle-même après le cathétérisme, d'où l'hémorrhagie *ex vacuo*.

tinales, ces micro-organismes pouvant arriver dans la vessie, soit en traversant l'urèthre, soit par les voies sanguines. Un dernier point sur lequel a insisté Sänger, c'est la *relation étiologique* qui paraît exister entre un certain nombre de ces *ectasies sacciformes de l'une ou l'autre des parois de l'utérus et certaines opérations gynécologiques d'acquisition récente*, relation qui doit attirer l'attention et engager à perfectionner les procédés opératoires, remarque à propos de laquelle Dührssen déclare à nouveau que depuis 3 ans, époque à partir de laquelle il a fait dans l'utéro-vagino-fixation la *fermeture isolée* de la boutonnière vésicale, il n'a plus observé de troubles de l'accouchement.

***

Le travail de M. Harlay (1) est fort instructif et très documenté, car il contient 193 observations, plus ou moins détaillées. L'auteur y note la rareté remarquable des rétroversions irréductibles de l'utérus utéro-gravide, en comparaison de la fréquence des rétrodéviations irréductibles de l'utérus à l'état de vacuité, rareté qui trouve son explication dans ce fait que le plus souvent les rétrodéviations irréductibles coïncident avec des lésions annexielles complexes, bilatérales, causes de stérilité.

Les faits, rapportés par M. Harlay, sont sériés en quelque sorte, c'est-à-dire groupés de façon à mettre bien en relief les conditions pathologiques multiples diverses capables de créer la rétrodéviation. De ces conditions peu connues, nous citerons l'enclavement de tout ou partie du fond de l'utérus, au-dessous de l'anneau formé par les ligaments utéro-sacrés, enclavement qui peut résister aux manœuvres ordinaires de reposition, et qui peut conduire à une thérapeutique radicale. L'observation rapportée par Schwartz, et que nous avons rappelée plus haut, est un exemple de ce mécanisme de l'enclavement. Le groupement des cas permet également de se faire une idée des diverses

---

(1) *Contribution à l'étude de la rétrodéviation de l'utérus gravide.* Paris, 1898, n° 95, G. Steinheil.

méthodes de traitement, qui ont été appliquées, suivant les circonstances, et de se convaincre de l'efficacité et de la simplicité, en général au moins, des manœuvres manuelles de reposition par le vagin.

« Les 193 observations réunies par nous, écrit l'auteur, peuvent donc se résumer de la façon suivante :

Réductions spontanées.............	36 cas dont 10 avec adhérences.
Réduction tentée par le rectum......	18 — dont 2 insuccès.
Réduction par le vagin et le rectum...	8 —
Réduction par le vagin............	65 —
Réduction par méthode instrumentale.	9 —
Réduction par ballons.............	7 —

26 cas de mort avec autopsies, ayant permis de constater :

Adhérences solides de l'utérus...............	2 cas.
Adhérences vésico-intestino-pelviennes.......	7 —
Rétrodéviations non adhérentes..............	17 —

3 avortements dus à une rétrodéviation non traitée.

9 avortements provoqués.

12 cœliotomies, dont 2 seulement paraissent légitimes par l'existence d'adhérences utérines.

Des 193 observations, il n'en est que 12 où l'ouverture de la cavité abdominale était la seule intervention indiquée, la seule pouvant permettre d'opérer la réduction. »

Ses *conclusions* sont :

« Le pronostic de la rétrodéviation de l'utérus gravide est en général bénin.

Au début de la grossesse, que l'utérus soit libre ou adhérent, on devra s'en tenir à la simple expectation, la réduction s'opérant le plus souvent spontanément.

Si des symptômes de rétrodéviation apparaissent, on devra faciliter la réduction spontanée en maintenant la libre évacuation de la vessie et du rectum.

On opérera le redressement manuel de l'utérus, de préférence par le vagin, et presque toujours avec succès, s'il ne se fait pas spontanément.

L'irréductibilité de l'utérus rétrodévié, au cours de la grossesse, est rarement observée. Lorsqu'elle existe, elle est due non à des adhérences utérines qui se relâchent et se rompent sous l'influence de la gravidité, mais à des adhérences solides qui unissent la vessie à l'épiploon et au rectum. La seule intervention vraiment utile dans ces cas est la cœliotomie, qui n'entrave en rien l'évolution de l'œuf et met la mère à l'abri d'accidents mortels. »

*
* *

Ce qui importe, ce que l'on sait et qui ressort encore plus nettement de l'examen des faits, c'est *un diagnostic précoce, exact* de la nature des accidents observés. Il faut donc connaître, au moins dans ses traits essentiels, la physionomie clinique de l'incarcération de l'utérus gravide et de la rétention d'urine qui la complique, de manière si grave parfois, quand la situation pathologique n'a pas été reconnue et qu'elle a été négligée. Si la rétention d'urine et sa cause prochaine sont reconnues à temps, on parera, le plus souvent, de la manière la plus simple, par les manœuvres manuelles de réduction par le vagin et par le cathétérisme méthodique, rigoureusement aseptique bien entendu, aux accidents. Il n'en sera pas malheureusement toujours ainsi et il faut savoir que, dans des cas tout à fait rares, il est vrai, seule, une intervention grave, comme la cœliotomie, pourra sauver la malade.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 3 mars 1899.

M. PINARD. **Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs.** — A. C..., âgée de 41 ans, au terme de sa sixième grossesse, entre à la clinique Baudelocque le 21 décembre 1898, ayant, disait elle, perdu les eaux dans la journée, à 3 heures. A eu déjà cinq grossesses, toutes terminées à terme par des accouchements spontanés. Les cinq enfants se sont présentés par le sommet et sont nés vivants: le premier en 1879, le deuxième en 1882, le troisième en 1885, le quatrième en 1888, le cinquième en 1890. En 1894, quatre ans et demi après son dernier accouchement, ayant, dit-elle, une chute de matrice, elle subit une opération pratiquée par deux médecins et qui devait remédier à son infirmité. Elle a été endormie et les médecins lui ont dit qu'ils avaient pratiqué l'*opération de Schrœder*.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, du 22 au 25 mai. Cette femme était bien constituée et son état général paraissait excellent. L'enfant vivant se présentait par le siège en S. I. G. En pratiquant le toucher, on constate que la portion vaginale du col n'existe plus. Le moignon qui reste est à peine perméable ; on sent des noyaux cicatriciels et, en trois endroits différents, trois fils d'argent (1). Les membranes sont bien rompues, car il s'écoule du liquide amniotique physiologique.

Le 22 décembre, même état ; pas de contractions douloureuses.

Le 23, Mlle Roze, trouvant le siège très mobile, l'utérus très incliné à droite, fait mettre une ceinture eutocique.

Le 24, apparaissent quelques contractions utérines douloureuses dans la journée. A la visite du soir, orifice assez perméable pour in-

(1) Deux fils seulement furent trouvés à l'autopsie ; le 3e suivit probablement le fœtus pendant l'accouchement. Il s'agissait de crins de Florence et non de fils d'argent.

troduire le doigt. Pendant la nuit, contractions peu énergiques et bien espacées.

Le 25, à 8 heures du matin, orifice comme une pièce de cinq francs ; contractions tous les quarts d'heure. Dans l'après-midi, un pied s'engage : les bords de l'orifice restent épais. Bruits du cœur normaux. Pouls maternel, 76 ; 37°. Le soir, à 7 heures, P. 98, T. 38°. Même état de l'orifice. A 8 heures du soir, les bruits du cœur fœtal deviennent irréguliers, tumultueux : d'abord incomptables, ils battent quelque temps après à 140, puis à 150, puis redeviennent incomptables.

Le 26, à 1 h. 1/2 du matin, ils sont à 120 ; à 2 heures, à 108 ; à 3 heures du matin, ils ne sont plus perçus. Le pouls maternel est à 110 T. 38°,8. Le ventre se ballonne et est très douloureux. L'orifice est toujours dans le même état. Jusque-là, on s'était borné à faire des injections et à pratiquer des tamponnements antiseptiques. On fait donner alors un grand bain d'une heure et on administre 50 centigrammes de sulfate de quinine.

A 7 heures du matin, grand frisson. Immédiatement après, T. 38°,8, P. 160. Respiration 52. Ventre de plus en plus douloureux et de plus en plus ballonné. A 10 heures du matin, je fais donner du chloroforme et je pratique le toucher manuel. Je constate alors que le vagin est certainement rétréci dans sa partie supérieure. Les parois sont tendues, paraissent bridées. Au niveau de l'orifice interne, offrant la dilatation d'une petite paume de main, je constate des irrégularités et des nodosités, et il s'écoule de l'utérus un liquide roussâtre et fétide. Malgré cela, je pense que par des tractions lentes, je pourrai extraire le fœtus. L'extration du tronc fut relativement facile. Pour réduire le volume de la tête, je pratiquai la crâniotomie, et, à l'aide de tractions lentes exercées sur le tronc, la tête put traverser également le canal utéro-vaginal rétréci. Il s'écoula alors un liquide absolument infect. Lavage de l'utérus et délivrance artificielle, puis irrigation de l'utérus avec 20 litres de liquide antiseptique. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. P. 128, T. 37°,3. Injection de 1,000 grammes de sérum salin, 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Glace sur le ventre. Grogs. Mort le soir même, à 10 heures.

Autopsie, par M. le Dr Paquy, chef de laboratoire. — Incision de l'ombilic au pubis. A l'ouverture, il s'écoule une grande quantité de liquide louche. Péritonite généralisée. Anses intestinales très vascularisées et agglutinées par des fausses membranes.

Examen de l'utérus. — L'utérus enlevé mesure 20 centimètres de

hauteur; sur sa face postérieure, et à gauche, au-dessus du cul-de-sac de Douglas, large ecchymose sous-péritonéale dirigée obliquement de haut en bas et de gauche à droite, commençant au niveau de la base du ligament large et se terminant, en arrière, à 2 centimètres environ de la ligne médiane, à la hauteur du ligament utéro-sacré. Le péritoine est intact; il n'y a pas de sang, sauf dans le cul-de sac de Douglas. L'utérus est incisé sur sa face antérieure, suivant la ligne médiane. Le placenta s'insérait sur la face postérieur du corps. Le col est représenté par trois moignons scléreux ayant, au niveau du vagin, 3 ou 4 centimètres de large. De place en place, on trouve de petits kystes muqueux. A 2 centimètres du bord inférieur du moignon de droite, on trouve un crin de Florence et un autre à 2 centimètres environ du moignon de gauche, au niveau du segment inférieur. A gauche de la ligne médiane, on trouve une large déchirure quadrilatère du muscle utérin, n'intéressant pas le péritoine, mais allant jusqu'à lui. Cette déchirure est obliquement dirigée de bas en haut et de droite à gauche, commençant en bas, presque au niveau de la ligne médiane, au niveau de l'insertion vaginale, se terminant en haut à 5 centimètres de la ligne médiane, au niveau de l'union du corps de l'utérus et du segment inférieur. Cette déchirure mesure 9 centimètres de longueur, 4 centimètres de largeur et 3 centimètres de profondeur, au niveau de la partie moyenne, où elle est complètement sous-péritonéale.

Examen histologique du col. — Nous avons fait durcir dans le formol puis lavé à l'eau courante un fragment du col. Le tissu musculaire normal du col a disparu en partie, surtout à la partie inférieure de la pièce, pour faire place à du tissu conjonctif fibreux.

L'observation clinique prouve qu'il s'est agi d'une dystocie créée par une opération pratiquée dans le but de remédier à une chute de la matrice, chez une femme ayant accouché antérieurement cinq fois, spontanément et heureusement.

L'autopsie montre qu'il y a eu rupture de l'utérus et du vagin, par suite de rétrécissement cicatriciel opératoire, les crins de Florence ayant agi primitivement comme cause de rupture et d'infection péritonéale avant toute intervention obstétricale.

On ne sait quelle opération a été pratiquée, mais on peut affirmer que cette opération a été la cause de la mort.

Depuis l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie dans la pratique chirurgicale, un progrès immense a été réalisé. A-t-on toujours pensé cependant aux conséquences que peut avoir l'acte opératoire sur

l'avenir fonctionnel de l'utérus ? Un fait est indéniable, c'est que depuis la vulgarisation de la gynécologie opératoire, les accoucheurs ont vu apparaître, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, des troubles fonctionnels, chez des femmes ayant subi des opérations pratiquées sur la sphère génitale, et attribuables sans aucun doute à ces dernières. Malgré le nombre et l'importance des observations concernant ce sujet, il faut reconnaître que les éléments véritablement scientifiques nécessaires pour entraîner un jugement définitif, font encore défaut. Tous les faits que je vais citer ont été relevés dans mon service. Assurément j'ai éprouvé quelque embarras à les classer, car les renseignements fournis par les femmes, concernant les opérations subies, sont le plus souvent insuffisants. Mais j'ai constaté que presque tous les opérateurs font partie de cette Société. En compulsant leurs notes, ils pourront relever mes erreurs, si erreur il y a, et, dans tous les cas, préciser l'acte opératoire pratiqué.

J'ai classé tous ces faits sous les rubriques suivantes : *Opérations pratiquées sur le col : amputation de Schrœder. Hystéropexie. Opération d'Alquié-Alexander. Laparotomies pour salpingectomie. Laparotomies pour ovariotomies. Laparotomies pour myomectomie.*

I. — Amputation du col et Schrœder (1)

1892, n° **1390**.— 34 ans. Six grossesses : deux premières à sept mois. Trois suivantes, à terme. Un avortement à quatre mois. — Curettage et Schrœder.— Septième grossesse. Hémorrhagies pendant la grossesse. A terme. Durée totale du travail : trois heures quarante. Période de dilatation : trois heures et demie. Période d'expulsion : seize minutes. Enfant vivant, 3,330 grammes. Suites normales.

1894, n° **985**. — Femme âgée de 41 ans. Dix accouchement spontanés à terme.— Curettage et amputation du col.— Onzième grossesse deux ans après. Grossesse de huit mois. Rupture précoce des membranes. Période de dilatation : sept heures. Expulsion : dix minutes. Siège : enfant mort.

1896, n° **212**. — Multipare, 28 ans. Un accouchement spontané à terme. Un avortement de trois mois.— Curettage et amputation du col

(1) Voir Audebert. Étude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col. *Annales de Gynécologie*, janvier 1889.

en 1891. — Deux avortements de quatre mois consécutifs. Un accouchement prématuré. Siège. Période de dilatation : neuf heures cinquante-cinq minutes. Enfant de 1,570 grammes. Suites normales.

1896, n° **418**. — *Trois accouchements à terme. Amputation du col suivie de trois avortements, le dernier compliqué de rétention placentaire et d'hémorrhagie. Curage digital.* — Jeanne D..., employée de commerce. Premières règles à seize ans. Les trois premières grossesses à terme, enfants vivants. En 1892, métrite avec hypertrophie du col, amputation du col. Après cette opération, elle devient enceinte deux fois ; la première fois en 1893, avortement à cinq mois, l'enfant vécut dix-huit heures ; la seconde fois en 1895, fausse couche de six mois, l'enfant respira quelques instants.

Ces cinq grossesses, sont du même père, alcoolique.

La sixième grossesse actuelle est d'un autre père, sobre.

Dernières règles du 16 au 22 octobre 1896 ; au moment de son entrée à Baudelocque, le 6 mars, elle est enceinte de quatre mois et demi environ ; l'utérus remonte à dix-neuf centimètres au-dessus du pubis.

Au début de la grossesse, rien à signaler, si ce n'est une petite perte de sang en janvier ; elle a cessé de travailler depuis un mois.

La rupture prématurée des membranes s'est produite le 5 mars, à minuit. Les contractions commencent le 8 mars, à 2 heures du matin ; bientôt les pieds du fœtus paraissent à la vulve et l'expulsion du fœtus par l'extrémité pelvienne a lieu bientôt après ; il pèse 300 grammes.

Délivrance quarante-cinq jours après, le 22 avril, par curage digital, pour hémorrhagie. Sort guérie le 10 mai.

1896, n° **1810**. — *Quatre accouchements à terme. Amputation du col. Une grossesse à terme normale.* — Marie D..., 34 ans, giletière, entre à la clinique, le 4 mai 1896.

Réglée à quatorze ans ; quatre grossesses antérieures à terme ; enfants vivants et bien portants ; l'un est mort depuis. En février 1895, métrite chronique qui est traitée, à Necker, par le curettage et l'amputation du col.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 12 au 15 janvier 1896 ; au moment où elle est admise, elle est enceinte de trois mois et demi ; l'utérus remonte à 8 centimètres au-dessus du pubis ; rien d'anormal, si ce n'est un peu d'éventration ; le 16 octobre, cinq mois et demi après

son admission, elle est à terme ; la hauteur de l'utérus est de 33 centimètres. A 2 h. 1/2 du matin, dilatation de 1 franc ; sommet engagé en D. P.

La dilatation est complète à 5 h. 1/2 du soir ; on rompt les membranes à la dilatation complète ; l'expulsion du fœtus a lieu à six heures du soir en O. P. ; le travail a duré plus de seize heures. Extraction simple du placenta une demi-heure après.

L'enfant, du sexe masculin, crie de suite ; il pèse 3,980 grammes ; sa longueur totale est de 52 centimètres ; au huitième jour, il pèse 4,130 grammes.

La mère sort guérie le 26 octobre.

Le repos absolu que cette femme a pu garder pendant son séjour au dortoir, c'est-à-dire pendant cinq mois et demi, n'a certainement pas été sans influence sur la durée normale de la grossesse.

1897, nº **184**. — *Deux accouchements à terme ; un avortement. Curettage et amputation du col. Accouchement avant terme. Rupture prématurée des membranes.* — Jeanne D..., 30 ans, couturière. Antécédents tuberculeux dans sa famille.

Premières règles à treize ans. Rougeole.

Première grossesse en 1885 ; garçon à terme, présentation du sommet, accouchement spontané.

Deuxième grossesse en 1887, *ibid.*

Troisième grossesse en 1894, avortement à trois mois. A la suite surviennent des hémorrhagies très fréquentes et très fortes ; malgré l'ergotine, les injections chaudes, elles persistent pendant deux mois ; la malade entre à alors Tenon où on lui fait un curettage et une amputation du col.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 2 au 7 juin 1896. Les mouvements actifs sont perçus à la fin de septembre Elle entre à la clinique Baudelocque le 28 janvier 1897, souffrant un peu.

La rupture prématurée des membranes a eu lieu la veille, le 27 janvier, sans contractions. L'utérus mesure 32 centimètres de hauteur, sommet engagé en G. A.

Le travail marche régulièrement, et l'accouchement se produit le 29 janvier à 7 h 35 du soir. Enfant vivant, du poids de 2,688 grammes. Délivrance normale trente minutes après ; le placenta pèse 450 grammes. Mensuration des membranes, 31/5.

1897, nº **232**. — Primipare de 22 ans. En 1895, curettage et amputation partielle du col (Bouilly). Grossesse en 1896, accouchement pré-

maturé en 1897. Rupture prématurée des membranes. Accouchement spontané. Enfant vivant : 2,730 grammes.

1897, n° 1967. — *Accouchement à terme. Curettage et opération de Schrœder. Accouchement à sept mois et demi : présentation de l'épaule, rupture prématurée des membranes. Physométrie. Putréfaction fœtale. Embryotomie.* — Lina M..., 31 ans, ménagère, entre à la clinique Baudelocque le 1er novembre 1897, à minuit.

Premières règles à dix-huit ans, régulières. Première grossesse en novembre 1892. Accouchement à Saint-Louis ; fille à terme, venue par le sommet, élevée par une nourrice ; bien portante.

En octobre 1893, curettage et opération de Schrœder, à Saint-Louis.

Deuxième grossesse actuelle. — Dernières règles : 15 au 18 mars. Perception des mouvements actifs au mois d'août. La hauteur de l'utérus est de 33 centimètres ; pas d'albumine. Elle vient à la consultation le 30 octobre dans la matinée ; elle dit avoir perdu de l'eau ce jour-là, à 4 heures du matin. L'utérus est contracté ; on ne peut reconnaître que deux masses qui semblent constituées par le dos et par la tête située en haut et à droite. Rien au niveau du détroit supérieur ; on entend les battements du cœur, à droite, peu distinctement. Le sang qui s'écoule en abondance est clair, plutôt rosé. Pas de contractions douloureuses. Dans l'après-midi, petites douleurs ; pas de modifications du col ; l'écoulement sanguin a cessé. Au palper, on trouve l'utérus moins dur, et on confirme le diagnostic de présentation de l'épaule. La tête est toujours en haut et à droite. Les bruits du cœur fœtal sont nettement entendus.

Le 31 octobre, quelques petites douleurs ; plus de pertes. Auscultation négative.

Le 1er novembre, à 11 heures du matin, on introduit un ballon Champetier, gonflé à 300 grammes ; de temps à autre, quelques petites contractions.

Le 2, le ballon est dans le vagin ; on le retire à 8 h. 1/2. A 9 h. 1/2, dilatation comme une paume de main. Mauvaise odeur, écoulement sanieux et fétide. A 11 heures, intervention par M. Varnier. Embryotomie avec l'embryotome de M. Ribemont-Dessaignes. La section part de l'aisselle supérieure (la gauche) pour aboutir obliquement à la partie droite du cou. Par conséquent, le bras gauche reste attaché à l'extrémité céphalique. Fœtus putréfié exhalant une odeur infecte. Placenta putréfié. Quelques heures après l'intervention, température 41°.

Les quatre jours suivants, la température oscille entre 37°,5 et 38°,5. On fait des injections intra-utérines quotidiennes, qui ramènent des caillots et des débris fétides. Quarante grammes par jour de sérum A.

Le 6, température 39°,2. Le 9, température 38°,4.

Du 9 au 13, la température est normale et, à part quelques écarts, se maintient entre 37° et 37°,5.

En donnant des injections intra-utérines, on se rend compte de l'état du col qui est le suivant : au fond du vagin, on trouve un petit bourrelet d'un demi-centimètre d'épaisseur, irrégulier, de consistance moyenne, mais présentant sur le pourtour une série de tubercules indurés du volume d'un noyau de cerise. Ces tubercules circonscrivent un orifice qui laisse à peine pénétrer l'extrémité du doigt.

La femme est actuellement en bon état (9 décembre 1897).

1897, n° **2120**. — *Première grossesse normale. Curettage et amputation du col. Deuxième grossesse sans complications ; accouchement à terme.* — Emilie J..., 39 ans, journalière.

Premières règles à quinze ans ; rhumatisme articulaire à dix-sept ans.

Première grossesse. Elle accouche spontanément chez elle d'une fille à terme, en présentation du sommet.

Trois semaines après son accouchement, elle entre à l'hôpital Necker pour un prolapsus utérin qui est traité par l'amputation du col. En même temps, castration gauche.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 26 au 29 février. Apparition des mouvements actifs à la fin de juillet 1897. Elle entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque, le 29 novembre 1897, à 3 heures du soir. Elle souffre depuis la veille (midi) La hauteur de l'utérus mesure 34 centimètres. Rien d'anormal, à part des varices au niveau des membres inférieurs. Pas d'albumine. Sommet engagé en G. A. A son entrée, la dilatation est complète, la poche des eaux rompue. A 4 heures, elle expulse un enfant du sexe féminin pesant 3,480 grammes et long de 48 centimètres. Rien à noter pendant la période de délivrance ; le placenta pèse 630 grammes.

1898, n° **129**. — Multipare, 35 ans. Amputation du col entre la troisième et la quatrième grossesse. Trois avortements : un de trois mois et deux de six mois. Curettage et amputation du col pour métrite en 1884, par M. Picqué, à Pascal. Quatrième grossesse : avortement de six mois. Cinquième accouchement à sept mois ; enfant vivant. Sixième,

avortement de six mois ; enfant mort-né. Septième accouchement, spontané à terme ; enfant 3,250 grammes. Période de dilatation, cinq heures et demie. Suites normales. Pour cette grossesse, repos et traitement spécifique.

1898, nº **915**. — Multipare, 35 ans. Premier accouchement à terme en 1884. Forceps. Deuxième, à terme, spontanément. Troisième, avortement de six semaines. Quatrième, accouchement spontané à terme. Le 11 novembre 1895, curettage et Schrœder par le Dr Picqué, pour endométrite. Cinquième, accouchement à terme. Trois applications de forceps infructueuses. Version interne. Enfant vivant, de 4,320 grammes. Période de dilatation : six heures. Suites normales. Enfant vivant.

II. — Hystéropexie

1894, nº **1469**. — Tertipare. Deux accouchements à terme. Péritonite après le deuxième accouchement, en 1892. En 1893, laparotomie par M. Pozzi. Hystéropexie et ablation de l'ovaire. En 1894, troisième grossesse. Présentations successives de l'épaule et du siège.

1894, nº **2135**. — Multipare, 39 ans. Quatre accouchements spontanés à terme. Enfants vivants. Hystéropexie en octobre 1892, par M. Michaux, à l'hôpital Saint-Michel. Grossesse en 1894. Rupture prématurée. Sommet. Accouchement spontané. Enfant vivant, 3,020 grammes. Placenta sur le segment inférieur. Suites normales.

1895, nº **1959**. — Secondipare, 24 ans. Premier accouchement spontané à terme. Sommet. Enfant vivant. Prolapsus consécutif. Hystéropexie en 1895, le 5 janvier, à Saint-Louis, par M. Richelot. Grossesse à terme. Sommet G. A. ; 2,730 grammes. Période de dilatation : huit heures et demie. Suites normales.

1895, nº **1966**. — Trois accouchements, deux à terme, spontanés ; un avortement. Hystéropexie en 1893, par M. Pierre Delbet. Quatrième grossesse. Version par manœuvres externes. Ceinture maintenant la tête en bas. Accouchement spontané à terme. Sommet. Enfant vivant, 3,200 grammes. Durée du travail : quinze heures. Suites normales.

1897, nº **1428**. — Multipare, 36 ans. Trois accouchements à terme et un à sept mois. Amputation du col et curettage en avril 1888, à Bichat, par M. Terrier. Castration droite et hystéropexie abdominale

pour salpingite et rétroversion en mars 1896, par M. Terrier. Grossesse en 1897. Présentation de l'épaule. Membranes rompues au début du travail. Version par manœuvres internes par Mlle Roze. Enfant vivant de 4,430 grammes. Suites normales.

1898, nº **599**. — Multipare, 38 ans. Huit accouchements à terme spontanés. Sommet. Un siège à huit mois. Un avortement de deux mois et demi. Opérée le 30 avril 1897. Hystéropexie pour rétroversion douloureuse. Salpingectomie gauche (Legueu).

Grossesse en 1898. Présentation de l'épaule. Version. Ceinture eutocique. Accouchement spontané. Sommet. 3,840 grammes. Suites normales.

III. — Opération d'Alexander

1896, nº **261**. — Secondipare. Premier accouchement en 1889, spontané et à terme. En 1893, curettage et Alexander à l'hôpital Saint-Louis. Un accouchement prématuré. Épaule. Rupture prématurée des membranes. Ballon Champetier. Évolution spontanée. Enfant de 2,100 grammes, mort-né. Délivrance artificielle. Suites normales.

1897, nº **903**. — 30 ans. Un accouchement spontané à terme. Enfant vivant. Sommet. En octobre 1894, douleurs abdominales. Curettage par Potherat en 1895, à Beaujon. Opération d'Alexander à Beaujon. Grossesse en 1897. Rupture prématurée des membranes. Présentation de l'épaule. Ballon Champetier. Version interne par Mlle Roze. Enfant vivant, 3, 570 grammes. Délivrance artificielle. Suites pathologiques. Sortie guérie.

1897, nº **1567**. — Tertipare, 28 ans. Un accouchement spontané à terme. Enfant vivant. Deux avortements de trois mois. En juin 1896, opération d'Alexander à la Salpêtrière, par M. Potherat, pour rétroversion (suites pathologiques, quatre mois de séjour au lit). Grossesse en 1897. Accouchement prématuré. Rupture prématurée des membranes. Liquide fétide. Température 38°,4. 112 pulsations. Sommet. Accouchement spontané. Enfant de 2,490 grammes. Suites normales.

IV. — Laparotomie et salpingectomie

1892, nº **618**. — Primipare, 36 ans. Laparotomie et salpingectomie. Grossesse de huit mois. Accouchement prématuré. Application de forceps. Enfant de 2,500 grammes. Suites de couches pathologiques.

1893, nº **35**. — Multipare, 26 ans. Deux accouchements spontanés à terme. Enfants vivants. Laparotomie et salpingectomie à Bichat, par M. Hartmann. Troisième grossesse. Expulsion d'un macéré, 2,100 grammes. Suites normales.

1895, nº **2006**. — 33 ans. Deux avortements, puis deux accouchements à terme. Laparotomie et salpingectomie (grossesse extra-utérine?) le 17 juillet 1894, à Necker, par M. Routier. Grossesse en 1895. Accouchement spontané. Sommet. Enfant vivant, 3,030 grammes. Suites normales.

1896, nº **180**. — Multipare, 31 ans. Deux accouchements à terme, spontanés. Deux avortements. Laparotomie et salpingectomie en 1895. Avortement de deux mois ensuite.

1897, nº **1755**. — Multipare, 30 ans. Deux accouchements à terme, troisième au huitième mois ; quatrième et cinquième, avortements de trois mois. Grossesse extra-utérine, en 1896, opérée par M. Terrier, à Bichat, en mars 1896. Salpingectomie. Grossesse en 1897. Accouchement prématuré. Rupture des membranes cinq jours avant le début du travail. Accouchement spontané. Siège. Enfant mort au début du travail : 2,110 grammes. Suites normales.

1897, nº **2199**. — Multipare, 24 ans. Un accouchement. Grossesse double. Accouchement prématuré. Un enfant mort et un enfant vivant. Laparotomie et salpingectomie en janvier 1895, à Tenon.

Grossesse en 1897. Accouchement prématuré. Rupture précoce des membranes. Siège. Enfant de 2,530 grammes. Suites normales.

V. — Laparotomie pour kystes de l'ovaire

1894, nº **832**. — Multipare, 38 ans. Cinq grossesses à terme. Accouchements spontanés. Enfants vivants. Laparotomie, en 1892, par M. Péan, à Saint Louis. Sixième grossesse à terme. Accouchement spontané. Enfant vivant. Suites normales (pas d'éventration).

1894, nº **1427**. — Primipare, 26 ans. En 1893, laparotomie pour kyste ovarien dermoïde, par M. Albarran, le 14 août 1893. Dernières règles le 5 décembre 1893. Grossesse à terme. Enfant de 2,760 grammes, vivant. Accouchement spontané. Suites normales (pas d'éventration).

1894, nº **1487**. — Première grossesse. Accouchement à huit mois,

enfant vivant. Double ovariotomie à la Pitié par M. Lejars, en août 1894. Avortement de deux mois au mois de septembre 1894.

1895, nº 1755. — Premier accouchement spontané à huit mois. Enfant vivant. Laparotomie et ovariotomie le 10 juillet 1894. Kyste de l'ovaire gauche. Deuxième grossesse à terme. Accouchement spontané. Sommet. Enfant vivant de 3,020 grammes. Travail : huit heures. Pas d'éventration. Suites normales.

1896, nº 1546. — Primipare. Opérée en 1895 à la clinique Baudelocque, par P. Segond. Une grossesse en 1896. Accouchement spontané à terme. Sommet. Enfant vivant. Suites normales.

1897, nº 136. — Primipare âgée de 20 ans : première ovariotomie en 1894 ; deuxième ovariotomie en 1896, alors que l'utérus était gravide de deux mois. Hémorrhagies pendant la grossesse. Accouchement spontané à terme. Sommet. Enfant vivant de 3,050 grammes. Suites de couches normales. Il n'y avait pas d'éventration (Pozzi).

1897, nº 1363. — 43 ans. Laparotomie et ovariotomie en 1889, par M. Bouilly. Premier accouchement spontané à terme en mars 1890; deuxième accouchement à terme en août 1897. Deux sommets. Enfants vivants. Suites normales.

VI. — Laparotomie pour myomectomie

1896, nº 107. — Multipare, 30 ans. Un accouchement à terme; quatre avortements. Opération pour tumeur fibreuse par M. Ricard, en 1894, à Necker. Grossesse en 1896. Accouchement à terme, spontané. Sept heures dix de travail. Enfant vivant de 4,030 grammes. Suites de couches normales.

Les 34 observations ci-dessus peuvent donc se résumer ainsi :

Amputation du col de Schrœder. — 11 observations. — 16 grossesses dont: 5 à terme, 11 avant terme; 6 accouchements prématurés, 5 avortements.

Hystéropexie. — 6 observations. — 4 présentations de l'épaule pendant la grossesse ou au moment du travail; 2 sommets.

Opération d'Alexander. — 3 observations. — 2 épaules; 1 accouchement prématuré, 2,490 grammes.

Laparotomie et salpingectomie.— 6 grossesses. — 5 accouchements prématurés ou avortements; 1 accouchement à terme.

Laparotomie pour kystes de l'ovaire. — 7 observations. — 8 grossesses ; 1 avortement de deux mois et demi, à la suite de double ovariotomie ; 7 accouchements à terme.

Laparotomie pour myomectomie. — 1 observation, 1 accouchement à terme.

Chez aucune des femmes ayant subi la laparotomie, je n'ai constaté d'éventration pendant la grossesse au niveau de la cicatrice.

Discussion. — M. Quénu. L'éventration chez une femme enceinte après laparotomie ne dépend pas seulement du mode de reconstitution de la paroi, mais elle résulte souvent de ce que la femme devient enceinte trop tôt après l'opération.

M. Segond. — On ne peut nier que l'opération de Schrœder ne reconnaisse des indications très nettes. Les opérations de fixation utérine, ne sont pas comparables ; l'opération d'Alexander présente un caractère physiologique que n'a pas l'hystéropexie abdominale antérieure. Enfin, les opérations annexielles ont des conséquences qu'il faut préciser.

Il y aurait avantage à classer ces observations par catégories pour envisager d'une façon plus précise leurs conséquences au point de vue des grossesses ultérieures.

M. Pinard. — Je répondrai à M. Quénu que certaines femmes laparotomisées au cours d'une grossesse pour un kyste de l'ovaire, par exemple, peuvent continuer leur grossesse, accoucher à terme sans avoir cependant d'éventration. Et à M. Segond que j'ai, dans ma communication, adopté la classification qu'il propose.

M. Doléris. — La malade qui fait l'objet de l'intéressante communication de M. Pinard a dû, vraisemblablement, subir une opération d'Emmet pour une déchirure du col remontant très haut, et, en outre, une opération plastique qui avait pour but ou qui eut pour effet de rétrécir le vagin. L'opérateur a commis la faute lourde de laisser les crins de Florence, très difficiles à enlever, à cause de leur situation élevée. Quand on fait de mauvaise gynécologie, on doit s'attendre à des désastres.

Paul Segond. **Note sur un cas d'appendicite survenue au cinquième mois de la grossesse.** — Femme de 34 ans ; rétroversion mobile, sans lésions annexielles appréciables ; elle devint enceinte à la fin d'août 1898 : troisième grossesse normale de cinq mois environ. Le 13 février, douleurs vagues à la nuque et aux reins. Diagnostic : grippe.

Le 14, subitement, vers 11 h. 1/2 du matin, vives douleurs abdominales, un peu calmées par une piqûre de morphine. Pas de travail ;

ventre légèrement météorisé. Région iliaque droite douloureuse à la pression, surtout au point appendiculaire, et, à ce niveau, légère défense musculaire. A gauche, ventre douloureux à la pression, sans localisation ; ni vomissements ni nausées. Langue blanche mais très humide, P. 88 ; T. 37°,2. (A plusieurs reprises déjà des symptômes analogues s'étaient montrés pour disparaître aussitôt.)

M. Baudron n'en porta pas moins le diagnostic d'appendicite. Journée calme. Le soir, T. 37°,2 ; P. à 90. Pas de piqûre de morphine, nuit très bonne.

Le 15, à une heure du matin, ventre souple et indolent, sauf peut-être au niveau du point appendiculaire. Pouls 90 ; T. 37°, 2. Quelques éructations, selle suffisante, grande quantité de gaz. Aucune tendance à la nausée ou au vomissement ; lait, additionné d'eau de Vichy, parfaitement toléré. Le soir, T. 38° ; P. 96. Nuit bonne.

Le 16 au matin, météorisme. M. Féraud fit demander M. Baudron. A 6 heures et demie du soir, le météorisme était plus considérable que le matin, mais la région appendiculaire demeurait souple et sans réelle sensibilité. La langue était humide, le facies rassurant. T. à 37°,8 ; P. 96 ; pas de nausées, émission de gaz par l'anus. M. Baudron fut cependant d'avis qu'une intervention s'imposait à bref délai, et rendez-vous fut pris avec moi, pour le lendemain 2 heures et demie.

Nuit assez calme ; mais, à 8 heures du matin, crise douloureuse, dans la fosse iliaque droite ; quelques frissons, météorisme évident et P. 104 ; T. 37°,3. A 2 heures, quand nous arrivâmes, avec MM. Baudron et Féraud, P. 128, météorisme très accusé, et les deux régions iliaques se montraient douloureuses à la pression, avec prédominance de la douleur à droite ; le facies commençait à se gripper, soif vive et éructations fréquentes, ni vomissements ni nausées. Mme X... était en pleine péritonite appendiculaire. Sur ma demande, les professeurs Pinard et Dieulafoy se réunissaient à MM. Baudron et Féraud à 3 heures ; ils jugèrent qu'une intervention immédiate devait être tentée, quelque grave qu'en fût le pronostic et, à 7 heures du soir, j'opérais Mme X...

Large incision au niveau de la région appendiculaire ; évacuation d'une quantité considérable de pus grumeleux, recherche et résection d'un appendice petit, mais complètement gangrené jusqu'à un demi-centimètre de son insertion cæcale ; lavage très soigné du péritoine, à l'eau stérilisée chaude, et fermeture partielle de cette première incision, avec drainage de la région appendiculaire et de la cavité pelvienne. Incision symétrique dans la fosse iliaque gauche, et, après

évacuation du pus accumulé de ce côté, mêmes manœuvres de lavage péritonéal et de drainage.

A deux heures du matin, la nuit suivante, Mme X... avortait, sans aucune douleur. Le 18 au matin, T. 37°,2 ; P. à 110, le facies très rassurant, ni sécheresse de la langue, ni vomissements, ni nausées, aucun météorisme; le soir à 11 heures, même état; à 5 heures du matin, le 19 février, l'état s'aggrava brusquement. Le pouls s'affola et Mme X... succombait dans la soirée.

Peut-être les progrès de la clinique nous permettront-ils un jour de ne jamais confondre les améliorations réelles de la maladie avec ces *accalmies traîtresses* dont le professeur Dieulafoy a si bien fait ressortir les terribles conséquences? Mais ce jour-là n'est certes pas venu et l'opération s'impose dans les cas les plus douteux. Si le traitement de l'appendicite aiguë doit être ainsi compris en chirurgie générale, la nécessité d'opérer toujours et le plus vite possible s'affirme d'une manière encore plus formelle dans le cas particulier des appendicites aiguës survenant au cours de la grossesse, car l'appendicite, évoluant sur une femme grosse, se trouve dans des conditions topographiques et physiologiques particulièrement néfastes.

La conclusion paraît donc aussi nette que possible, elle est bien telle que Pinard l'a formulée : « Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention. » J'ajoute que cette intervention doit être aussi précoce que possible, c'est-à-dire qu'elle devrait suivre de 5 à 6 heures tout au plus l'instant où le diagnostic a été porté. J'entends parler, seulement, des appendicites sérieusement diagnostiquées; j'avoue cependant que je préfère, de beaucoup, faire une erreur de diagnostic et pratiquer une incision non justifiée, mais toujours innocente quand elle est bien conduite, que de risquer une seule mort par abstention.

Discussion. — M. Le Gendre. — A quels caractères reconnaît-on l'appendicite aiguë? le syndrome classique n'existe pas toujours au complet, et on ne peut faire une laparotomie toutes les fois qu'il existe seulement une douleur dans la fosse iliaque. Dans un cas d'appendicite pendant la grossesse, qui a été opéré avec succès et publié par moi, le diagnostic avait été fait parce que la malade avait un passé appendiculaire ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et le diagnostic de l'appendicite aiguë à son début présente parfois de sérieuses difficultés.

M. Baudron. — Chez la malade dont M. Segond vient de parler, il y avait un passé appendiculaire.

M. Quénu. — La douleur iliaque est parfois un signe trompeur ; j'ai vu des pneumonies, des pleurésies s'accompagner à leur début de ces douleurs dans le côté. Bien d'autres affections peuvent déterminer cette douleur profonde, ou superficielle, sans que l'appendice soit en cause. Les partisans de l'intervention d'emblée disent, il est vrai, qu'il faut, avec la douleur, un état général particulier ; mais cet état particulier n'est pas encore nettement défini. Je m'adresse donc surtout aux médecins d'enfants, qui doivent voir beaucoup d'appendicites au début, pour leur demander de bien vouloir préciser les signes certains de l'appendicite aiguë.

M. Schwartz. — Un malade que je viens d'opérer avait tous les signes d'une appendicite aiguë, T. 38°,5 ; P. 120. il y avait douleur locale. Je réséquai l'appendice : celui-ci était absolument sain.

M. Nélaton. — J'ai vu avec M. Rendu une malade chez laquelle, lors d'un premier examen, je crus à une appendicite : il n'y avait rien d'urgent. Nous décidâmes de continuer le traitement médical et d'attendre. Quinze jours après, je revis cette malade et je constatai un kyste suppuré et inclus dans le ligament large, que j'opérai et qui guérit.

M. Pozzi. — J'ai vu et opéré un cas analogue à celui dont a parlé M. Schwartz : à l'œil nu l'appendice parut sain, à part une bulle d'œdème sous-séreux. Or, à l'examen histologique, cet appendice a montré les lésions nettes de l'appendicite folliculaire. Il ne faut donc pas se fier à l'aspect macroscopique de l'appendice pour affirmer son intégrité. Il faut aussi l'examen histologique.

M. Lepage. — Pendant la grossesse, l'appendicite est encore plus grave que dans l'état normal : l'intoxication en cas d'appendicite est beaucoup plus rapide. Il y a donc intérêt à opérer de bonne heure et dans tous les cas.

M. Doléris. — Je crois aussi que chez la femme enceinte l'opération s'impose d'une façon urgente ; je signalerai la difficulté qu'il y a parfois à différencier l'appendicite et l'ovarite.

M. Pinard. — Je constate avec plaisir que la thérapeutique de l'appendicite chez nous a fait un progrès ; car on n'a pas parlé de traitement médical.

Nous discutons sur les difficultés du diagnostic, mais ces difficultés ne sont pas si sérieuses qu'on pourrait le croire. Et s'il est un point sur lequel nous sommes tous d'accord, c'est sur la nécessité plus impérieuse que jamais d'opérer l'appendicite pendant la puerpéralité.

REVUE ANALYTIQUE

OPÉRATION CÉSARIENNE

(*Une modification dans la technique opératoire.*)

Une incision nouvelle dans la section césarienne (Ein neuer Schnitt bei der Sectio cæsarea). H. Fritsch. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 20, p. 561.

L'idée de la modification de technique opératoire dont il s'agit a été suggérée à l'auteur dans les conditions suivantes. Son collègue, le professeur Kaufman, l'ayant fait assister à l'autopsie d'une femme qui était arrivée à une époque avancée de sa grossesse, Fritsch exprima le désir de voir l'orifice externe de la matrice de haut en bas; pour cette raison, on incisa, transversalement, le fond de la matrice. C'est alors qu'il fut frappé de l'extrême facilité avec laquelle on put extraire le fœtus et du peu de distension de l'incision, qui n'intéressait pas les trompes. Ce n'est qu'après un intervalle assez long, qu'il eut l'occasion de contrôler les avantages de cette incision transversale du fond de l'utérus sur la femme vivante, et de nouveau, dans ce cas, il fut frappé de l'extrême facilité avec laquelle se faisait l'extraction de l'enfant. Les avantages de cette incision seraient multiples :

a) Elle permet d'inciser l'abdomen plus haut, de telle façon que l'ombilic correspond environ au milieu de l'incision. Condition qui a cet avantage de mieux prévenir les hernies; car, en général, les hernies se développent au-dessous de l'ombilic, particulièrement, quand l'incision s'étend trop bas.

b) Le nettoyage fut parfait. La plaie abdominale put être bien pressée, l'utérus bien comprimé par les mains des assistants.

c) Le sang ne s'écoula pas dans la cavité abdominale mais au dehors. On n'eut pas une seule fois à étancher dans la cavité abdominale.

d) L'hémorrhagie fut minime bien que le placenta fût intéressé. Dès que les larges sinus placentaires se furent vidés immédiatement après l'incision, l'hémorrhagie s'arrêta spontanément.

e) Le placenta décollé, les jambes du fœtus se présentèrent à l'incision. Condition avantageuse, car le dégagement de l'enfant eut lieu rapidement.

f) La diminution de la plaie, simultanément avec la rétraction du fond de la matrice, fut remarquable. Il suffit de 7 sutures pour réunir la plaie. L'hémorrhagie cessa immédiatement.

g) Il importe, au niveau du fond de l'utérus, d'inciser parallèlement, aux vaisseaux, c'est-à-dire transversalement, parce que les sutures sont disposées alors perpendiculairement aux vaisseaux, et que cette disposition est bien plus efficace pour arrêter l'hémorrhagie.

h) La situation spéciale de l'incision sur le fond de la matrice permet de rentrer, après son évacuation, l'utérus en grande partie dans la cavité abdominale. Seul, le fond de l'utérus est maintenu hors de l'abdomen à l'aide d'un fil-tracteur. R. L.

De l'incision sur le fond de la matrice dans l'opération césarienne (Ueber den Fundalschnitt bei der Sectio cæsarea). P. Müller. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 9, p. 226.

Depuis un certain nombre d'années déjà, Müller, pour d'autres raisons que Fritsch, a renoncé à l'incision de la paroi antérieure de l'utérus dans l'opération césarienne. Il incise également sur le fond de la matrice, mais non transversalement. L'incision est sagittale et les parois postérieure et antérieure sont également intéressées. La raison capitale qui lui fit abandonner l'incision antérieure, c'est que cette incision porte principalement sur le segment inférieur de l'utérus, portion très mince de l'organe qui, dans un accouchement laborieux, est réduite à une mince membrane. Or, l'utérus évacué, cette zone de l'organe ne récupère pas de suite son épaisseur primitive, surtout quand l'arrière-faix, ce qui est fréquent, siégeait sur la paroi antérieure et un peu bas. De là, l'inefficacité relative des sutures à ce niveau et le danger d'hémorrhagies secondaires.

L'hémorrhagie avec l'incision sur le fond de l'utérus est moindre qu'avec l'incision sur la paroi antérieure. L'extraction du fœtus est aussi aisée. Il est également facile d'éviter, au moyen de compresses de gaze, l'écoulement du liquide amniotique dans la cavité abdominale.

On ferme la plaie utérine exclusivement au catgut et par une suture continue. Le premier étage réunit les couches les plus profondes de la paroi utérine, et l'on n'évite pas de comprendre dans la suture le revêtement interne de la matrice. Au contraire, les fils pénètrent largement dans la cavité utérine. Cette manière de procéder a le grand avantage de prévenir une hémorrhagie secondaire dans l'utérus. Cette suture profonde, dans laquelle les points sont menés très près

les uns des autres, terminée, on coapte la musculeuse de l'utérus au moyen de deux étages de sutures, très rapprochées. Et même, quand cette paroi est particulièrement épaisse, on fait un troisième étage. Puis, la couche superficielle et le péritoine sont fermés par une dernière suture continue.

Telle est la technique suivie depuis six ans et toujours avec des résultats très satisfaisants. Jamais on n'a eu à enregistrer des hémorrhagies secondaires même dans le cas où l'on avait laissé dans le ventre un utérus semblable à un sac flasque, relâché.

En conséquence, Müller conseille aussi l'incision sur le fond de l'utérus, et ne voit pas d'avantage bien notable à inciser soit transversalement (d'après Fritsch), soit d'avant en arrière, dans une direction sagittale, d'après sa propre méthode. R. L.

Section césarienne conservatrice avec incision transversale sur le fond de l'utérus d'après le procédé de Fritsch (pour carcinome) (Sectio cæsarea conservativa mit querem Fundalschnitt nach Fritsch (wegen carcinoma). E. Clemenz. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 10, p. 249.

Obs. — X..., 34 ans, 4 accouchements antérieurs normaux, le dernier 5 années auparavant. Grossesse compliquée d'un carcinome de la portion vaginale, avec extension au tissu cellulaire para-utérin. Début du travail à terme, et opération césarienne avec incision transversale du fond de la matrice d'après le procédé de Fritsch. Extraction facile d'un enfant du sexe féminin, vivant, du poids de 2,330 grammes. *Suites de couches*, en ce qui concerne la cicatrisation de la plaie opératoire, régulières. *Exeat* le seizième jour après l'opération.

Après un historique rapide des communications antérieures et l'exposé des appréciations plus ou moins divergentes auxquelles a donné lieu le procédé de Fritsch, l'auteur exprime ainsi son impression personnelle : « J'ai, dans cette opération césarienne, appris à connaître les avantages de l'incision transversale. L'incision abdominale put être faite plus haut et la cavité abdominale, sans utilisation de la position élevée du siège, être entièrement garée contre toute souillure ; l'hémorrhagie ne fut pas considérable, bien qu'il me fut impossible d'éviter la lésion d'une grosse veine vers l'angle tubaire droit.

En tout cas, l'hémorrhagie s'arrêta après l'évacuation de l'utérus presque complètement; il fut inutile de le comprimer bien que la première suture fût appliquée au niveau du milieu de la plaie. La

rapidité de la diminution de la plaie transversale fut remarquable et, à l'avenir, je ferai l'incision plus petite que dans ce cas, convaincu de pouvoir extraire facilement le fœtus. L'utérus se contracta si parfaitement pendant l'application de la suture que je craignis d'avoir quelques points de suture trop lâches, bien qu'en les plaçant je les eusse solidement serrés; enfin, les conditions des tissus au voisinage de la plaie furent telles qu'il fut aisé de faire une suture séro-séreuse. Les suites opératoires ne se compliquèrent d'aucun trouble qu'on aurait pu attribuer au mode de suture transversale; l'accouchée eut des suites de couches régulières malgré les dangers réels d'infection que créait l'existence de l'affection cancéreuse ; et l'on n'observa pas de symptômes de nature à faire supposer des adhérences de la plaie utérine avec les organes voisins. »

Somme toute, l'auteur n'a eu qu'à enregistrer des avantages de l'« *incision à la Fritsch* » et est disposé à n'en pas utiliser d'autre à l'avenir.

R. L.

Deux opérations césariennes conservatrices avec incision fondale, transversale pour bassins rétrécis, ostéomalaciques (Zwei konservative Kaiserschnitte mit querem Funduschnitt wegen osteomalaskischer Beckenenge). L. HEIDENHAIN. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 24, p. 633.

Dans les deux cas, sténose pelvienne, de nature ostéomalacique absolue. La première femme opérée le 1er novembre 1897, arriva en douleurs, apyrétique et la poche des eaux conservée. Chez la seconde, l'opération, d'après l'estimation qui fut faite, dut avoir lieu douze jours environ avant le terme normal de la grossesse. Dans le premier cas, l'opération fut faite dans le décubitus ordinaire; dans le second, le siège étant légèrement relevé afin de pouvoir, le cas échéant, enlever facilement l'utérus. Le ventre incisé et l'utérus attiré au dehors, la partie supérieure de l'incision abdominale fut fermée et toutes précautions prises pour éviter l'écoulement de liquide dans la cavité péritonéale. *Incision transversale* sur le fond de l'utérus avec le bistouri et élargissement de cette incision avec les ciseaux ; compression par les mains des assistants du segment inférieur et des ligaments de l'utérus, et *dégagement extrêmement rapide de l'enfant*, environ 4 à 5 minutes depuis l'incision cutanée jusqu'à l'extraction terminée de l'enfant. Le premier enfant était légèrement asphyxié, probablement par suite de la compression ; le second cria vigoureusement. Hémorrhagie dans les 2 cas minime. Tout amputé perd plus de sang que n'en perdirent ces deux

femmes. L'utérus se contracta au moment même où l'on procédait à son évacuation. Dans le premier cas, la compression fut maintenue jusqu'à ce qu'on eut appliqué 4 à 5 sutures profondes ; dans le second, elle fut interrompue dès l'enlèvement de l'arrière-faix. Quelle a été la part d'action dans ces résultats de l'ergotine injectée? La question reste indécise. Il importe de ne pas comprimer trop longtemps les vaisseaux afférents, parce qu'un état d'ischémie augmente les dangers de l'hémorrhagie.

Suture de la plaie utérine au catgut et intéressant la paroi interne de l'utérus et suture séro-séreuse dans le premier cas. Dans les deux cas, section, au ras de leur insertion, des ovaires, la compression digitale étant seule employée pour éviter l'hémorrhagie. D'autre part, suture des surfaces cruentées et leur retournement soigneux, au moyen d'une suture continue, dans le ligament large dans le but de prévenir des adhérences avec les organes voisins. C'est pour abréger la durée de l'acte opératoire, que le chirurgien préféra, dans les deux cas, l'opération césarienne, complétée par la castration ovarique, au Porro et à l'extirpation totale.

Suites opératoires très satisfaisantes dans les deux cas. R. L.

Deux cas d'incision sur le fond de l'utérus dans l'opération césarienne. (Zwei Fälle von Fundalschnitt bei Sectio cæsarea conservativa). RIEDINGER. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 29, p. 761.

1) 23 ans. Bassin rachitique généralement rétréci. Conjugué, 8 centim. 5. Opération césarienne, à indication relative, faite cinq heures après le début du travail, la poche des eaux étant encore intacte ; première position du sommet. Incision abdominale commencée 7 centim. au-dessus du nombril, et prolongée à mi-distance du nombril et du pubis. Le ventre ouvert, attraction de la moitié supérieure de l'utérus en avant de la paroi abdominale ; le revêtement péritonéal est terne et semé de vésicules à contenu gazeux. Incision de 12 centim., hémorrhagie faible. Extraction aisée d'un enfant de 3,600 grammes, décollement et expulsion spontanés de l'arrière-faix et des membranes. Fermeture de la plaie utérine par des sutures à la soie, dix profondes et autant de superficielles. L'utérus est recouvert avec le péritoine. Suture à trois étages de la paroi abdominale. Suites *apyrétiques*. Pendant trois jours, des douleurs abdominales, coliques post-partum. Vingt jours après, enlèvement des sutures, deux trajets superficiels ont suppuré, la malade quitte le lit. La femme allaite elle-même. A ce moment et à un examen ultérieur, on constate que l'*utérus reste remarquablement haut*.

2) 33 ans ; quatre accouchements antérieurs ayant tous nécessité des inter-

ventions graves (perforation, extraction artificielle, etc.). Bassin rétréci, plat, rachitique, conjugué vrai de 7 centim., promontoire double, sacrum aplati. Deuxième présentation du sommet, ventre pendant, contractions énergiques, tête de l'enfant volumineuse au-dessus du bassin. Col effacé, dilatation complète, etc. Opération césarienne. Incision sur le fond de la matrice, entre les deux trompes, et longue de 15 centim. Extraction facile d'un enfant du poids de 3,980 grammes. Fermeture de l'incision utérine avec des sutures à la soie, 8 profondes, 9 superficielles, etc. Guérison.

Malgré son apparition récente, cette modification de technique est déjà dotée d'une riche littérature médicale. Deux seulement des auteurs qui s'en sont occupés ont fait des réserves, Everke et G. Braun. Mais, Everke a perdu sa malade de septicémie, issue qui ne saurait être attribuée au mode d'incision et de suture ; d'autre part, Braun a pu rendre responsable de l'hémorrhagie observée chez son opérée la grande faiblesse antérieure. Les avantages reconnus généralement à la nouvelle incision sont : le placenta n'est presque jamais dans l'incision ; le dégagement de l'enfant, dont les pieds sont habituellement à portée, est facile ; l'incision se raccourcit vite, très peu de sutures sont nécessaires pour la réunion et l'hémostase.

Toutefois, l'auteur relève deux défectuosités à la nouvelle technique opératoire : 1° le fait constaté, chez une des opérées, de la situation très élevée de l'utérus, en quelque sorte d'une ventro-fixation involontaire, ventro-fixation due peut-être en partie à l'état antérieur de la séreuse (voir l'obs.), mais aussi aux adhérences avec les organes voisins déterminées par les extrémités des fils de suture ; 2) ce nouveau mode d'incision s'écarte du principe de convergence des sutures, convergence dont certains faits au moins établissent les avantages. Une suppuration par exemple ayant son point de départ au niveau de la suture utérine transversale pourrait facilement fuser entre les intestins.

R. L.

De la combinaison de l'incision sur le fond de la matrice dans la césarienne avec la résection des trompes (Ueber die Verbindung des queren Fundalschnitts mit Resektion der Tuben). J. Halban. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 31, p. 815.

X..., 31 ans, IIpare, rachitique, un accouchement à terme, terminé par l'opération césarienne conservatrice. Enfant vivant, de 2,350 grammes. Suites de couches absolument normales. Réunion par première intention. Dans la suite, développement dans la partie inférieure de la cicatrice abdominale d'une pointe de hernie abdominale.

État actuel.— Femme petite, anémique, nutrition défectueuse, nature délicate. Altérations rachitiques très accusées ; organes thoraciques et abdominaux sains. La cicatrice abdominale de la première césarienne descend à quatre doigts de la symphyse, dépasse l'ombilic d'une longueur de main. Dans la partie inférieure, les muscles droits ont cédé, la peau est très mince. Bassin rachitique, généralement rétréci. Conjugué vrai, de seulement 6 centim. 2.

En raison de l'indication absolue, et du désir justifié, exprimé par la femme, de n'être plus exposée à une césarienne, on décida de combiner, avec cette opération, un procédé de stérilisation.

Opération.—Ouverture du ventre suivant la cicatrice de la première intervention. La cicatrice utérine primitive est entièrement intacte, nullement amincie ; les sutures à la soie encapsulées. Bascule de l'utérus au dehors. On lie les trompes au niveau de la région de l'isthme, à 4 centim. environ de sa portion interstitielle. A ce moment, ouverture de la cavité utérine au moyen d'une incision qui suit le bord inférieur de la trompe droite, le fond de l'utérus et gagne le bord inférieur de la trompe gauche. L'incision s'étend à environ 3 centim. en dehors de l'extrémité utérine de l'oviducte, c'est-à-dire sur la portion de cet organe qui repose immédiatement sur l'utérus *gravide*. L'incision du fond de l'utérus intéresse le placenta qui est situé en haut et à droite, ce qui donne lieu à une hémorrhagie à ce niveau, tandis qu'à gauche la perte de sang reste insignifiante. Rupture des membranes, dégagement aisé de l'enfant, décollement du placenta, etc. On pratique ensuite sur le bord supérieur des trompes une incision que l'on fait aboutir à l'incision inférieure, de façon à limiter une tranche de tissu qui comprend une portion de la partie interstitielle de la trompe, et qui est détachée de l'utérus. La trompe se trouve de ce fait complètement séparée de la matrice, et son extrémité interne à laquelle reste attaché du tissu utérin, pend librement dans la cavité abdominale. Suture soigneuse de l'incision utérine et de la région qui correspond à la tranche de tissu excisée (suture profonde n'affectant pas la caduque et suture séro-séreuse). Résection du fragment interne de la trompe, et recouvrement soigneux avec le péritoine de l'extrémité interne de la partie de la trompe qui reste dans l'abdomen. Fermeture du ventre (suture à deux étages) après avivement des muscles droits dans la région où ils avaient cédé.

Suites opératoires apyrétiques, réunion par première intention.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

1° Contribution à l'étude du traitement opératoire de la rétroflexion de l'utérus, par A. Mackenrodt.

2° Contribution à l'étude de la place que doivent occuper en clinique les tumeurs papillomateuses de l'ovaire, par Troschel. Berlin. Karger, éditeur, 1898.

Dans le premier de ces mémoires, Mackenrodt dit que dans le traitement de la rétroflexion utérine il ne recourt plus à l'opération d'Alexander, mais pratique toujours soit la vagino-fixation simple en ouvrant le cul-de-sac antérieur et en créant des adhérences entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus, soit la vagino-fixation combinée au raccourcissement des ligaments larges et sacro-utérins. Pour faire cette seconde opération, Mackenrodt ouvre le cul-de-sac antérieur par une incision curviligne à convexité antérieure, et disséquant ensuite la base des ligaments larges et sacro-utérins à leur insertion sur le col utérin, il croise ces ligaments par quelques points de suture serrés et fixés au-devant de la face antérieure de la portion cervicale de l'utérus. L'auteur, convaincu des bons résultats de la vagino-fixation dans les rétrodéviations utérines, se demande si le raccourcissement des ligaments larges et utéro-sacré à lui seul suffirait à corriger les rétrodéviations ; « c'est, dit-il, ce que l'avenir seul pourra décider. »

Dans le second mémoire, Troschel rappelle que, tandis que pour la plupart des tumeurs, l'examen histologique peut donner la valeur clinique, au point de vue de la bénignité ou de la malignité, d'une tumeur, les kystes papillomateux de l'ovaire font exception à cette règle. Après avoir passé en revue l'opinion des différents anatomo-pathologistes sur la bénignité ou la malignité des kystes papillomateux ovariens, il rapporte 3 cas qu'il a observés et dont il conclut que les tumeurs papillomateuses de l'ovaire, quoi qu'on en dise, ne doivent pas être considérées comme bien malignes, et que, même en présence de métastases constatées au moment de l'opération, il faut néanmoins les opérer.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

RÉTENTION D'URINE

PAR COPROSTASE D'ORIGINE GRAVIDIQUE (1)

Par le professeur **Alphonse Herrgott.**

Le 22 avril 1897, en arrivant dans mon service, on me remet la carte d'un de mes distingués confrères d'un département voisin. Il me recommandait une malade « qui venait d'éprouver des douleurs abdominales horribles », et ajoutait qu'il me l'envoyait « en vue d'une intervention opératoire, s'il y avait lieu, n'ayant pas fait, il est vrai, un diagnostic ferme, mais appréhendant une grossesse tubaire avec ses tristes conséquences, si on laissait les choses en cet état ».

Je me rends immédiatement auprès de cette malheureuse et voici ce que j'apprends :

Cette femme, âgée de 37 ans, régulièrement menstruée depuis sa quinzième année, serait enceinte pour la deuxième fois. Sa première grossesse daterait de quatorze ans. L'accouchement aurait été assez difficile et aurait été terminé par l'extraction, à l'aide d'un forceps, d'un garçon qui vit encore actuellement.

Depuis cet accouchement, après lequel elle serait restée trois semaines couchée, elle se serait toujours bien portée et aurait été bien réglée jusqu'au 4 janvier. Depuis lors, elle n'avait plus eu ses époques. Elle avait bien, à la fin de mars, éprouvé

(1) Communication faite à la *Société obstétricale de France,* le 8 avril 1899.

quelques difficultés dans la miction, mais elle n'y avait pas attaché d'importance, lorsque, le mardi 13 avril, alors qu'elle faisait la lessive, elle éprouva de violentes douleurs dans le bas-ventre. Elle dut se mettre au lit, mais elle était si faible, que pour s'y rendre elle fut obligée de s'appuyer contre les murs.

Une fois couchée, loin de diminuer, les douleurs s'accentuèrent et la malade ne put fermer l'œil de toute la nuit, tant ses souffrances étaient intolérables. Elle avait uriné ce jour-là assez difficilement, comme cela lui arrivait depuis un mois. Le ventre n'était nullement ballonné; il était même, déclare-t-elle, « plat comme une planche ». Elle ne se trouvait pas constipée; elle alla même deux fois à la selle ce jour-là.

Le lendemain, mercredi, les douleurs étaient si pénibles qu'elle ne put rester dans son lit. Elle se leva et passa toute la nuit à se traîner dans sa chambre; enfin, vers sept heures du matin, elle se recoucha.

Les douleurs étaient toujours aussi vives, mais elles avaient un caractère intermittent. Elles duraient un quart d'heure, cessaient pour reparaître un quart d'heure après. La malade, depuis le début de ses souffrances, éprouvait souvent le besoin d'uriner, mais elle ne pouvait le faire qu'en petite quantité. Son ventre avait un peu augmenté de volume.

A huit heures, le médecin appelé était arrivé, et, après l'avoir examinée, ordonnait une purgation qui devait être suivie, après effet, d'un lavement laudanisé.

Cette prescription ne fut exécutée que deux jours après, le vendredi 16 avril. Pendant ce temps, les douleurs persistaient, le ventre continuait à grossir; les besoins d'uriner devenaient de plus en plus fréquents, mais il n'y avait pas d'incontinence.

Le 16, la malade se décida enfin à prendre l'huile de ricin qui lui avait été prescrite, ce qui amena plusieurs selles abondantes.

Du 17 au 21, l'état resta le même; l'appétit était toujours conservé, il est vrai, mais les douleurs abdominales devenaient de plus en plus violentes, tout en conservant leur caractère d'in-

termittence. Les besoins d'uriner demeuraient toujours aussi impérieux et fréquents. Le ventre devenait de plus en plus volumineux et sensible, cependant jamais elle n'avait éprouvé de vertige ni de syncope ; elle ne perdit qu'une fois, le jour où elle prit de l'huile de ricin, un liquide légèrement rosé.

Le 21, le médecin préoccupé jugea qu'il était urgent de l'envoyer à la Maternité, à Nancy.

Le lendemain, accompagnée d'une amie, elle se décida à suivre le conseil qui lui était donné.

Bien qu'elle souffrît beaucoup, elle put aller à pied de la voiture qui l'amenait jusqu'au wagon et agir de même à son arrivée.

Après la lecture de la carte que je venais de recevoir, je m'attendais à trouver une personne pâle, anémiée, abattue, présentant en un mot le masque qu'une rupture d'un kyste tubaire imprime d'habitude sur la physionomie de celle qui en est la victime.

Je suis tout surpris, et j'ajouterai enchanté, de voir que notre malade avait relativement bonne mine.

L'abdomen est large et volumineux comme il le serait si l'utérus était distendu par un produit de conception arrivé au terme de la gestation. Il existe un œdème sus-pubien assez marqué ; les membres inférieurs sont légèrement infiltrés.

Par le palper on délimite facilement une tumeur médiane rénitente remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

On perçoit également une légère sensation de flot qui paraît assez superficielle ; on ne sent aucune partie dure capable de faire supposer la présence d'un fœtus. La percussion des flancs demeure sonore, la zone de matité est médiane et nettement arrondie à sa partie supérieure.

Ces divers signes nous permettent, au premier abord, d'écarter l'hypothèse d'une hémorrhagie dans la cavité péritonéale. L'aspect de la malade serait différent, il y aurait eu des syncopes, elle n'aurait pas pu effectuer, aussi facilement, un voyage assez long, il lui aurait été impossible de marcher

comme elle l'a fait, la matité ne serait pas localisée dans la région où nous l'avons perçue, elle s'étendrait aussi latéralement, ce qui n'est pas.

Mais quelle est la nature de cette tumeur ? Est-ce l'utérus ? Est-ce la vessie ? Est-ce un kyste ?

Il me semble difficile qu'un utérus de trois mois et demi, au plus, puisse être distendu par de l'hydramnios au point de remonter presque jusqu'au creux épigastrique, et comme cette femme se plaint d'être obligée d'uriner *trop* souvent, l'exagération même de cette fréquence nous indique qu'avant d'aller plus loin, il y a lieu de *vider le réservoir urinaire*, la tumeur qui remonte ainsi à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic pouvant être la vessie.

Voulant éviter une évacuation trop rapide et pour permettre à cet organe de revenir progressivement sur lui-même, on pratique le cathétérisme avec une sonde molle de petit calibre.

L'écoulement dura près *d'une heure* et l'on recueillit 4,450 centimètres cubes d'urine, *presque quatre litres et demi !*

La tumeur avait disparu et avec elle les douleurs dont se plaignait la malade.

La vessie vidée, on trouve une autre tumeur située légèrement à droite, un peu au-dessus du rebord du bassin, qui correspond bien, comme volume, à celui d'un utérus de 3 mois.

J'avais supposé que cette rétention d'urine, si considérable, était peut-être le résultat de l'incarcération d'un utérus gravide dans la cavité pelvienne ; la tumeur qui apparaît latéralement au-dessus des pubis me montre que cette rétention d'urine a une autre cause.

Je pratique le toucher, mais j'éprouve une assez grande difficulté à introduire mon doigt qui est serré au niveau de l'orifice vulvaire et dans le vagin.

Je pénètre néanmoins assez profondément, de façon à atteindre le col utérin qui est ramolli et fortement échancré à droite et à gauche.

Il est très élevé et se trouve directement en avant, appliqué derrière la symphyse pubienne et se continuant nettement

avec la tumeur qui avait été perçue par le palper et qui nous semblait être l'utérus distendu par une grossesse de trois mois. La paroi postérieure du canal vaginal fait une forte saillie et semble appliquée contre la paroi antérieure qui est ainsi repoussée en avant. Elle est tendue, arrondie et légèrement irrégulière.

L'état œdémateux de ces parties rend la colonne postérieure du vagin très saillante et facilement reconnaissable au toucher.

J'essaye de déprimer cette tumeur qui fait bomber le vagin, mais elle est trop dure et je n'y produis pas de dépression digitale.

Malgré cela, en raison de ces irrégularités mamelonnées qui se trouvent à la surface de cette tumeur, je pense que la cloison recto-vaginale est ainsi distendue par des matières fécales durcies et je prescris des lavements purgatifs de façon à vider le rectum.

Trois lavements furent administrés. Une formidable débâcle se produisit dans la soirée et se renouvela pendant la nuit.

La malade aurait rempli *huit* vases de nuit !

Dans le courant de la journée on avait été obligé de recourir de nouveau au cathétérisme pour vider la vessie qui n'avait pas retrouvé sa tonicité. On avait encore recueilli 2,250 centimètres cubes d'urine.

On fut obligé de la sonder une troisième fois, dans le courant de la nuit, ce qui donna issue à 1,700 centimètres cubes de liquide.

A partir de ce moment, la miction se fit spontanément et abondamment. De 3 heures du matin à 7 heures elle avait émis 1,750 centimètres cubes.

Quand, le lendemain 23, je revis cette femme, elle était transformée. Non seulement elle ne souffrait plus, mais le ventre était souple, d'un volume normal ; le col était au centre de l'excavation, le vagin n'était plus tuméfié et avait repris sa forme habituelle.

Elle n'avait plus qu'un désir, retourner chez elle.

Malheureusement, elle fut obligé de différer son départ. Elle n'était pas arrivée seule, une amie l'avait accompagnée pour, disait-elle, lui donner du courage ; or, cette amie, avant son départ, avait eu la malencontreuse idée de manger, sans doute pour être à la hauteur de sa tâche, un plat de champignons.

Ces champignons étaient vénéneux et pendant que l'on sondait la malade, elle s'était subitement trouvée souffrante. Son état fut même très alarmant pendant 24 heures. Elle fut obligée de rester plusieurs jours dans mon service avant de pouvoir retourner dans son village.

Elle y avait été précédée par celle qu'elle avait accompagnée, et qui avait pu facilement faire à pied les 8 kilomètres qui séparent la gare de sa demeure.

La dernière partie de la grossesse de notre ancienne malade s'effectua sans encombre ; elle accoucha facilement le 4 octobre, d'un garçon à terme, ainsi qu'a bien voulu me le faire savoir le médecin qui me l'avait envoyée.

Cette observation m'a paru intéressante parce qu'elle est un exemple remarquable de l'intensité des phénomènes morbides qui peuvent être *la conséquence de la constipation* chez la femme enceinte.

Il est facile de comprendre la manière d'après laquelle, selon toute vraisemblance, les accidents se sont produits.

L'utérus, augmenté de volume par la grossesse, avait comprimé le rectum et mécaniquement accentué la constipation.

La partie inférieure du tube digestif, s'encombrant de matières fécales, a refoulé l'utérus en avant, derrière la symphyse, et, par le fait, la miction est devenue de plus en plus difficile, comme cela s'observe, d'après un mécanisme analogue, lorsque l'utérus gravide est en rétroversion.

Cet *enclavement de matières fécales* augmentant sans cesse se comportait donc comme un utérus enclavé et nous avons vu se produire tous les symptômes qui l'accompagnent : rétention d'urine, amenant dans le cas particulier une augmen-

tation de volume de la vessie tout à fait extraordinaire, douleurs intermittentes d'autant plus accentuées que la rétention est plus marquée, fréquentes émissions d'urine par regorgement, ténesme vésical, puis gêne mécanique dans la circulation caractérisée par l'œdème des membres inférieurs, de la vulve, de la cloison recto-vaginale.

Tous ces symptômes si pénibles, dont l'intensité même masquait la véritable nature, se dissipèrent lorsqu'on en eut fait disparaître la cause, *lorsqu'on eut vidé les réservoirs*.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'un pareil précepte; mon père ne manquait pas de le rappeler dans ses cours et c'est pour ne l'avoir pas oublié qu'il nous a été possible de soulager si rapidement la malade qui nous avait été adressée.

On sait, en effet, combien chez la femme, et surtout chez la femme enceinte, la constipation est fréquente. La plupart des traités d'obstétrique insistent sur les inconvénients qui en résultent. M. le professeur Budin dans son livre récent : *Femmes, couches et nouveau-nés*, a consacré tout un chapitre (1) à l'étude des *rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique* pendant l'accouchement et la puerpéralité ainsi que pendant la grossesse.

Quelquefois cette constipation est d'une opiniâtreté vraiment surprenante. Capuron, (2) cité par Tarnier, a vu une femme qui était restée trois mois sans avoir de garde-robes.

M. G. Millot, dans son mémoire sur l'*Obstétrique en Italie*, qui est une sorte de traduction résumée du magnifique ouvrage du professeur A. Corradi, intitulé *Dell Ostetricia in Italia*, dit (3) que la paresse de l'intestin, sa paralysie se rencontrent assez fréquemment chez les femmes enceintes et que l'obstacle purement mécanique, dû au développement de l'utérus, est la cause principale de la constipation ; il rapporte que Alessan-

(1) Page 30 à 48. Paris, 1897.

(2) *Traité des maladies des femmes*, p. 367, Paris, 1812.

(3) P. 113. Paris, 1882.

dro Benedetti dit (1) avoir connu une femme enceinte qui eut une constipation qui dura quarante-cinq jours.

Caldani le jeune, cité par A. Corradi (2) a également vu une femme chez laquelle une constipation avait duré soixante-cinq jours. Elle fit un avortement de 3 mois, puis elle eut une diarrhée à la suite de laquelle est succomba.

Ces cas sont évidemment exceptionnels, mais, sans aller aussi loin, la constipation peut être, par la congestion pelvienne qu'elle produit et par les purgatifs qu'elle nécessite, une véritable menace d'avortement. Aussi est-ce avec raison que M. Budin dit que « la conduite logique consiste à évacuer l'intestin, soit à l'aide de lavements, soit même au moyen de purgatifs, puis à arrêter les contractions de l'utérus avec l'opium (3).

Tout récemment, le 10 février 1899, on amenait dans mon service une femme qui avait eu un début d'avortement à la suite d'une purgation nécessitée par un encombrement intestinal.

Ces contractions utérines prématurées s'arrêtèrent sous l'action de lavements laudanisés.

Les accoucheurs n'ignorent pas aussi que si la constipation est fréquente et tenace dans les cas de vomissements incoercibles, ceux-ci disparaissent ou s'atténuent quand on parvient à rétablir le cours régulier des selles.

Quelquefois ce sont des alternatives de constipation et de diarrhée, mais ces évacuations liquides ne font pas toujours disparaître l'obstruction. L'accumulation des matières fécales persiste et « il se produit seulement, dit Vinay (4), une espèce de canal qui livre passage aux matières liquides ».

Parfois même le cours des selles est régulier, et malgré cela, ainsi que le fait remarquer J. M. Duncan (5), cité par Tarnier et

(1) *Annales universelles de médecine*, 1858, CXLIII, p. 533.

(2) *Dell Ostetricia in Italia*, p. 194.

(3) *Loc. cit.*, p. 37.

(4) *Traité des maladies de la grossesse*, p. 222, Paris, 1894.

(5) J. MATTHEWS DUNCAN. *Clinical Lectures on Diseases of Women*, 2e édit., p. 89 et suiv.

Budin, l'accumulation des matières peut néanmoins persister.

Les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (1), qui ont, on le sait, consacré à l'étude de la constipation un important article, bien souvent cité, rappellent que chez la femme enceinte, la constipation peut être la conséquence de la pression que l'utérus exerce sur le côlon descendant.

Cette compression atteint son maximum quand l'utérus est en rétroversion.

Le docteur Pitschaft (2), de Baden, a fait disparaître une constipation datant de vingt jours « en rendant à l'utérus, qui par son fond était placé dans la concavité du sacrum et comprimait l'intestin, la position qu'il doit avoir ».

Les résultats ne sont pas toujours aussi heureux, le cas de MM. Chantemesse, Vidal et Legry, cité par Budin (3), montre que la compression d'un utérus gravide en rétroversion peut produire une constipation capable d'amener une péritonite mortelle.

Mais, ajoute Monneret dans l'article du *Compendium* que nous venons de mentionner, « il n'arrive pas toujours que l'on puisse donner une explication si simple de l'accident qui nous occupe ». Le diagnostic de la cause est souvent fort délicat. En effet, dans l'observation qui est le point de départ de cette étude, il serait bien difficile de préciser autrement qu'en invoquant l'influence vague et banale de la grossesse, la véritable étiologie de cette constipation dont les effets, du côté de la vessie, avaient été les mêmes que ceux qui existent dans la rétroversion d'un utérus en état de gestation. On a fait intervenir, il est vrai, la chlorose, si fréquente chez les femmes au début de la grossesse, comme pouvant être capable de produire la constipation. On sait que cet inconvénient est fréquent chez les chlorotiques, mais cette hypothèse ne peut être généralisée, elle est sujette à de trop nombreuses exceptions. Aussi, sommes-nous le plus souvent

---

(1) T. II, p. 458, Paris, 1837.

(2) *Hufeland's Journal et Med. chirurg. rev.*, 1835.

(3) *Loc. cit.*, p. 34.

réduits à constater le fait sans pouvoir scientifiquement en donner une explication plausible. Cependant, malgré ses incertitudes étiologiques, il m'a semblé que le cas de constipation survenue pendant la gestation qu'il nous avait été donné d'observer, méritait d'attirer l'attention et était digne d'être rapporté comme un remarquable exemple de *rétention d'urine par coprostase d'origine gravidique*.

OPÉRATION CÉSARIENNE

NÉCESSITÉE PAR UN KYSTE DERMOIDE INCLUS DANS LE LIGAMENT LARGE

ACCIDENTS DUS AU CATGUT (1)

Par le professeur **Alphonse Herrgott.**

Le 1er août 1898, on amène à la Maternité de Nancy, une femme de 37 ans, Mme F..., en travail depuis 24 heures.

Cette malade, primipare quoique mariée pour la seconde fois, est grande et bien constituée.

Menstruée à l'âge de 16 ans, elle le fut régulièrement jusqu'à 34; depuis trois ans, ses règles sont moins abondantes et moins périodiques.

Elle ne peut préciser la date de sa dernière menstruation. Pendant les premiers mois de sa grossesse, elle eut quelques troubles stomacaux; dans les derniers, la miction devint fréquente et douloureuse. Léger œdème au niveau des malléoles. A l'auscultation de la poitrine, on trouve la respiration normale, mais les bruits du cœur sont mal frappés et le pouls est irrégulier.

Elle nous dit qu'elle ressent des douleurs abdominales depuis une quinzaine de jours, mais que le travail ne s'est, en réalité, déclaré que depuis la veille.

Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic de six travers de doigt; il est incliné à droite.

Le fœtus se présente par le sommet, mais la tête n'est pas

---

(1) Communication faite à la *Société obstétricale de France*, le 7 avril 1899.

engagée, et, quand on l'applique contre la colonne vertébrale, elle déborde à peine le rebord de la symphyse.

Le dos est à gauche, les battements s'entendent nettement de ce côté.

Jusqu'alors rien ne nous expliquait le motif pour lequel le travail n'aboutissait pas, mais par le toucher nous trouvons une volumineuse poche des eaux qui pénètre dans la cavité vaginale à travers *un col souple*, *transversalement dilaté, refoulé en avant et en haut*, *derrière la symphyse pubienne, par une tumeur située dans le cul-de-sac postérieur.*

Cette tumeur, rénitente et mollasse, obstrue presque complètement l'excavation, surtout en arrière et à droite. En pratiquant le toucher rectal, on remarque que cette tumeur n'a aucune connexion avec les parois du bassin. Elle est située au-devant du rectum, elle est arrondie et dépressible comme le serait l'extrémité pelvienne d'un fœtus à terme.

Les contractions utérines devenant de plus en plus énergiques, la poche des eaux arrive à la vulve qu'elle entr'ouvre, puis, elle se rompt spontanément, donnant issue à un liquide jaune verdâtre mais non fétide.

On ausculte, les battements fœtaux sont réguliers. On touche, il n'y a pas de procidence. On parvient moins difficilement à atteindre la tête quoiqu'elle demeure toujours élevée. La suture sagittale est transversale, la grande fontanelle est seule perçue à droite. La tête n'est pas fléchie ; la fontanelle est inaccessible à gauche.

Quelle est la nature de cette tumeur qui obstrue ainsi l'excavation et qui rend l'accouchement impossible ?

Au premier abord, j'avais cru reconnaître une tumeur fibreuse assouplie par la gestation : mais, en l'examinant plus attentivement, j'avais constaté que cette tumeur, qui était arrondie et légèrement bosselée, était *inégalement* dépressible, de consistance et de résistance variables suivant le point exploré, aussi étais-je hésitant entre une tumeur fibro-kystique et un kyste dermoïde à contenu épais comme cela s'observe si fréquemment dans ces sortes de néoplasmes.

J'essayai, mais inutilement de repousser l'obstacle au-dessus du détroit supérieur, la femme étant couchée sur le dos. Je la fis mettre également sur les genoux, dans la situation genu-pectorale, je réitérai mes tentatives de refoulement par le vagin et par le rectum. Mes efforts demeurèrent infructueux. La tumeur restait dans la cavité pelvienne.

Si j'étais hésitant sur la véritable nature de l'obstacle, sa consistance m'indiquait qu'elle n'était pas susceptible de disparaître par une ponction. Examinée pendant les contractions et en dehors de celles ci, les sensations perçues étaient restées les mêmes, il n'y avait pas ces alternatives de fluctuation et de tension que l'on observe pendant le travail dans les tumeurs liquides de l'ovaire, ainsi que Cazeaux, déjà, le faisait si justement remarquer.

« La densité de la tumeur liquide, dit-il, la résistance et la fluctuation qu'elle présente sont singulièrement modifiées par la contraction. Pressée violemment alors par la tête du fœtus, la tumeur, d'abord molle et facilement fluctuante, devient dure, tendue, résistante ; aussi est-il bon de l'examiner pendant et après la douleur, car les différences qu'elle présente sont encore un des éléments du diagnostic (1) ».

L'emploi du trocart était donc inutile et dangereux : inutile, la consistance du contenu n'en permettant pas l'écoulement et par conséquent l'amoindrissement, que ce soit une tumeur fibro-kystique ou un kyste dermoïde ; dangereux, par la porte que cette ponction intempestive pouvait ouvrir à l'infection.

Comme cette tumeur, qui n'était ni réductible, ni susceptible d'être refoulée était trop volumineuse pour permettre d'extraire par le vagin un fœtus même amoindri par la basiotripsie, la voie abdominale me paraissait la seule voie possible, la seule indiquée. Il fallait, pour délivrer cette malheureuse, pratiquer l'opération césarienne, que le fœtus soit encore vivant ou qu'il ait déjà succombé.

(1) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 9e édition, p. 746. Paris, 1874.

Je n'avais pas oublié, il est vrai, les six cas de mort sur huit opérations césariennes pratiquées pendant le travail pour des kystes dermoïdes, que M. Remy a rapportés dans sa thèse d'agrégation (1) ; mais la plupart de ces interventions sont, ainsi que le fait justement remarquer M. Cocard (2), ou antérieures à l'antisepsie (Maigne, 1839 ; Lyon, 1845), ou pratiquées après d'autres manœuvres très préjudiciables au succès de l'opération définitive.

De plus, je pouvais opposer à cette statistique, basée sur des faits relativement anciens, les statistiques plus modernes, celle de Léopold (3), par exemple, qui ne donne une mortalité que de 10,7 p. 100. J'étais ainsi amené à partager l'opinion exprimée par S. Pozzi (4) lorsqu'il dit : « L'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère, que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles, et l'on a, en outre, aussi l'avantage de sauver l'enfant. »

Or, l'enfant était vivant. La femme était en travail depuis plus de vingt-quatre heures ; les membranes n'étaient plus intactes ; le kyste, sous la pression exercée par la tête pouvait se rompre ; il fallait se hâter.

Mon collègue, le professeur Weiss, examine la malade. Il partage ma manière de voir et veut bien me prêter son assistance dans l'opération que je vais entreprendre.

La malade endormie, le champ opératoire asepsié, j'incise la paroi abdominale, de l'ombilic à quatre centimètres de la symphyse pubienne. Comme l'ouverture était insuffisante, je l'agrandis, vers le haut, de cinq centimètres environ.

Il s'écoule une assez notable quantité de liquide péritonéal, jaune citrin.

---

(1) *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*, p. 209. Paris, 1886.

(2) *Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches, leur valeur relative*. Thèse de Paris, 1896, p. 45.

(3) Cité par RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE, in *Précis d'Obstétrique*, p. 1226, 4e édit., Paris, 1898.

(4) *Traité de Gynécologie*, 3e édit., p. 871 Paris, 1897.

On entoure les bords de l'incision avec des compresses stérilisées, de façon à empêcher l'issue de l'intestin qui tend à s'échapper.

Je sectionne l'utérus sur toute la longueur de sa face antérieure. Les membranes déchirées, je saisis les pieds du fœtus que j'extrais rapidement. Il vivait ; c'était une fille de 2,530 grammes.

Pour éviter que pendant la délivrance le sang ne s'écoule dans la cavité péritonéale, je fais basculer l'utérus à travers l'incision de la paroi abdomidale dont les bords sont maintenus, le plus possible, rapprochés. Je décolle le placenta, je l'extrais et j'arrache quelques lambeaux de membranes restés adhérents.

On comprime la surface placentaire et les lèvres de la plaie utérine au moyen de compresses bouillies chaudes.

L'hémostase obtenue, l'utérus est remis en place, mais on a beaucoup de peine à contenir les anses intestinales qui cherchent à faire irruption de tous côtés. On y arrive néanmoins après avoir diminué l'étendue de l'incision abdominale au moyen d'une pince placée un peu au-dessous de l'ombilic qui produit l'adossement momentané des parois.

M. Weiss veut bien se charger de suturer l'utérus ; il le fait d'après le procédé de Sænger.

Un premier plan de sutures profondes, comprenant toute l'épaisseur de l'utérus, sauf la muqueuse, est établi. Nous nous efforçons de ramener les bords du péritoine sectionné entre les lèvres de la plaie de façon à en produire l'adossement. L'adossement de cette séreuse est rendu plus complet par un deuxième plan de sutures artificielles plus nombreuses que les premières.

Pendant que l'on suture l'utérus, ses fibres se relâchent, cet organe se ramollit. Pour éviter une hémorrhagie, je le frictionne doucement, et je fais faire une injection sous-cutanée d'ergotine.

Puis, avant de placer les derniers fils, on introduit dans la cavité utérine, par la partie inférieure, encore béante, de la plaie

une mèche de gaze iodoformée que l'on fait ressortir par l'orifice vaginal, et l'on ferme complètement l'utérus.

Toutes ces sutures sont faites au catgut.

On examine alors la cavité péritonéale et l'on se rend bien compte de la situation et de la nature de l'obstacle qui avait nécessité notre intervention.

C'est une tumeur blanchâtre, arrondie, située dans l'aileron moyen du ligament large droit, qu'elle distend considérablement, surtout en arrière vers le cul-de-sac de Douglas, où existent de nombreuses adhérences avec la partie postérieure de l'excavation.

Quelques-unes de ces adhérences sont détruites sans doute par les tentatives de refoulement que j'avais pratiquées.

L'ovaire droit est normal et tout à fait indépendant de cette tumeur qui, d'après les caractères qu'elle présente, semble bien être un *kyste dermoïde inclus dans le ligament large droit.*

Mon collègue et moi, nous ne croyons pas, en raison de la situation intra-ligamentaire de ce kyste, que l'extirpation doive actuellement en être tentée. Ce nouveau traumatisme serait trop grave et tout à fait de nature à compromettre l'existence de notre malade dont le pouls devenait de plus en plus faible et irrégulier, bien que la perte de sang ait été peu considérable; mais, on se rappelle que, dès notre arrivée, nous avions été frappés par le mauvais état du cœur.

On ferme donc l'abdomen ; le péritoine pariétal est accolé au moyen d'une suture en surget faite avec du catgut : des sutures profondes à la soie et à points séparés réunissent la paroi abdominale ; la peau, enfin, est suturée avec du crin de Florence.

On fait un pansement avec de la gaze iodoformée ; un bandage de corps maintient la couche de coton qui recouvre l'abdomen et la malade est portée dans son lit.

A ce moment l'état général est assez bon, la température est de 37°,4 ; le pouls reste fréquent, et, comme il n'y a pas de menace d'hémorrhagie, on retire, dans le courant de la nuit, la mèche de gaze iodoformée pour permettre le libre écoulement des lochies qui sont tout à fait normales.

Le lendemain, 2 août, l'état demeure satisfaisant ; la miction se fait facilement ; mais, le soir, la température s'élève à 39°. Le ventre n'est pas douloureux, quoiqu'il soit un peu ballonné.

Le 3, même état ; la température reste élevée, 39°,2 et le pouls fréquent, 126 ; malgré cela la malade ne se plaint pas ; elle ne se trouve que fatiguée. Comme elle n'avait pas encore eu de selles depuis sa délivrance, je prescris un lavement simple qui n'amène que quelques gaz. Un lavement huileux, administré dans la soirée, est suivi d'une selle diarrhéique.

Le 4, l'état général devient de plus en plus mauvais ; il y a de la stomatite aphteuse. La température qui, le matin, est de 38°, s'élève à 39°,6 dans la soirée. Le pouls varie de 120 à 148.

Le ventre, sans être douloureux, est cependant sensible dans la région occupée par l'utérus. En effet, directement derrière la suture abdominale, on sent cet organe dont le fond remonte un peu au-dessus de l'ombilic. Il semble appliqué et comme fixé derrière la paroi abdominale.

Le 5, l'état reste le même et toujours aussi grave. Les lochies cependant sont rosées et sans odeur ; néanmoins, comme il se pourrait que des lambeaux de membranes fussent restés dans la cavité utérine et fussent devenus le point de départ de l'infection dont la malade était atteinte, je prie mon chef de clinique, le Dr Maleterre, de faire *avec précaution* une injection intra-utérine avec une solution de permanganate de potasse.

Le liquide qui ressort de l'utérus ne semble pas altéré.

Il se produit, le lendemain, une légère amélioration.

La température est moins élevée le matin, 37°,8. Le soir elle remonte à 39°. La partie de la paroi abdominale qui recouvre l'utérus est douloureuse à la pression légère. L'émission des urines, qui avait été spontanée, est impossible, on est obligé de recourir au cathétérisme. Malgré cela, la cicatrisation se fait régulièrement ; on peut enlever les fils des sutures profondes. Dans le courant de la journée, la malade est étonnée de se sentir subitement mouillée par un flot de liquide qui s'écoule hors

de la vulve : *c'était du pus épais mélangé à de la sérosité.*

On continue les injections intra-utérines et chaque fois elles ramènent *une certaine quantité de pus mélangé de grumeaux et de filaments.*

Le 8, les sutures superficielles au crin de Florence sont enlevées. La réunion est complète.

L'état continue à être mauvais. On est toujours obligé de sonder la malade dont les urines sont troubles et boueuses.

La diarrhée, qui avait cessé, recommence.

Cependant, le lendemain, l'état général semble un peu moins grave, bien que, le soir, le thermomètre soit encore monté jusqu'à 39°,6. L'émission des urines redevient spontanée. Les injections intra-utérines ramènent toujours un liquide purulent.

Le 10, la température s'abaisse notablement ; elle est de 37°,6 le matin et ne dépasse pas 38° dans la soirée ; le pouls, il est vrai, reste toujours fréquent, 120, mais l'état de notre malade s'est considérablement amélioré. L'appétit reparaît. Il n'y a plus de stomatite. Les selles sont régulières et normales. Le ventre n'est plus douloureux ; il est souple et dépressible, sauf dans la partie qui recouvre l'utérus que l'on sent toujours comme adhérent à la paroi abdominale.

Les injections intra-utérines sont continuées. La malade réclame son enfant qui avait été confié à une nourrice du service. Elle est toute heureuse de voir qu'il est en bonne santé et d'apprendre qu'il a augmenté. Il pèse 2,700 grammes.

Peu à peu la réunion de la paroi abdominale, qui jusqu'alors avait été parfaite, semble moins nette. Le 13, la cicatrice est tendue et luisante et, à la partie inférieure, par un point de suture, une goutte de pus apparaît.

En pressant un peu au niveau de la région sus-pubienne, on sent que la peau, très amincie, recouvre une collection purulente qui ne tarde pas à se faire jour à travers la désunion cicatricielle.

Au niveau de la partie ombilicale de la suture, il existe un deuxième abcès plus volumineux que le précédent qui s'ouvre

également spontanément et qui se prolonge en haut et en bas, sur une longueur de cinq centimètres, sous les parties du derme qui n'ont pas cédé.

Des drains sont établis dans ces différentes directions, de façon à assurer le libre écoulement du pus. La partie intermédiaire de la suture heureusement demeure solide.

Deux jours après, le 15, je suis tout surpris de voir le liquide de l'injection utérine s'écouler en partie par la plaie de la paroi abdominale, *qu'il y a communication entre le fond de la cavité utérine et l'air extérieur!*

Je fais naturellement suspendre ces lavages utérins qui, du reste, devenaient moins nécessaires, le liquide, depuis la veille, ne ramenant presque plus de pus et ressortant, à peu près, tel qu'il était injecté.

Nous continuons à faire le pansement des abcès de la paroi deux fois par jour; malgré cela, la quantité de pus demeure assez notable, lorsque, le 17, pendant qu'on irriguait l'abcès sus-pubien, je vois flotter au milieu du liquide un filament blanchâtre; je le saisis, je l'attire et j'extrais un fil de catgut long de 7 à 8 centimètres.

Je tenais le corps du délit, cause de la suppuration qui avait amené la désunion des tissus suturés et qui venait de si gravement compromettre la guérison de notre opérée.

En effet, le fil enlevé, la cicatrisation se fit avec une surprenante rapidité!

Du 21 au 24, nous continuons à extraire par la plaie ombilicale, cette fois, des fragments de catgut plus ou moins longs.

L'élimination de ces fils terminée, la plaie se referme, les tissus se réunissent, la température redevient normale, oscille dans les environs de 37°, et le pouls tombe enfin au-dessous de 100.

Quelques jours après, le 4 septembre, Mme F... sortait guérie, emportant dans ses bras une fille de 3,490 grammes.

Son séjour à la Maternité avait été de trente-cinq jours. Il aurait assurément été moins long et les émotions que nous avons éprouvées moins vives, si le catgut que nous avions

employé avait été *réellement* stérile. Cependant, le flacon dont nous l'avions extrait, n'avait jamais été décacheté, le bouillon dans lequel il baignait était demeuré limpide; nous pouvions donc légitimement espérer que les sutures faites avec lui seraient solides et que rien ne viendrait entraver la marche régulière de la cicatrisation.

On a vu combien nos espérances avaient été déçues. Nos sutures au catgut ont été le point de départ d'accidents infectieux qui ont fait courir à notre malade les plus grands dangers. Au début, c'est une péritonite heureusement localisée à la partie de la séreuse qui se trouve en rapport avec la face antérieure de l'utérus.

Cette *péritonite adhésive*, qui permit l'accolement du péritoine pariétale au péritoine utérin, a été en quelque sorte providentielle pour notre malade. Sans ces adhérences, le liquide injecté dans l'utérus aurait fusé dans la cavité péritonéale à travers les sutures mal unies et auraient pu être le point de départ d'une inflammation extrêmement grave de la séreuse tout entière.

Or, cet abcès de la paroi utérine avait, selon toute vraisemblance, la même origine que les abcès de la paroi abdominale. L'utérus et le péritoine pariétal avaient été suturés avec le même catgut et tous les tissus suturés de la sorte avaient été infectés et avaient suppuré, tandis que les sutures faites à la soie ou au crin de Florence n'avaient heureusement été le siège d'aucun travail inflammatoire.

Cette différence ne nous surprend pas. Si la stérilisation de la soie et du crin de Florence s'obtient relativement assez facilement, il n'en est plus de même du catgut. Il est très difficile de le rendre *complètement* aseptique.

Pour atteindre ce but désiré tout en lui conservant ses inappréciables qualités qui lui permettront d'être, tout à la fois, souple, solide et susceptible d'être résorbé, on est obligé de lui faire subir de longues et minutieuses préparations *qui détruisent sûrement tout germe capable d'être le point de départ de manifestation infectieuse.*

On comprend, dès lors, qu'un bon catgut soit difficile à trouver, aussi les mauvais sont-ils nombreux. Mais, les plus dangereux, ceux dont il faut *surtout* se méfier, ce sont ceux qui ne sont stériles qu'à la surface. On est trompé par la *fausse* sécurité qu'ils inspirent, et, les accidents qu'ils occasionnent, dont nous venons de relater un exemple qui aurait pu être plus lugubre encore, montrent bien le danger que présente leur emploi.

Je n'insisterai pas longuement sur la nature de la tumeur qui, rendant l'accouchement par les voies naturelles impossible, nous a obligé de pratiquer l'opération césarienne. C'était, d'après les signes qu'il nous a été possible de constater et que j'ai rappelés dans le courant de cette observation, *un kyste dermoïde inclus dans le ligament large droit*. Or, on sait que les tumeurs de cette nature ne se développent qu'exceptionnellement dans le ligament large, et que, quand elles s'y trouvent, elles se comportent cliniquement comme de véritables fibromes irréductibles.

RADIOGRAPHIE DE L'UTÉRUS GRAVIDE (1)

Par **H. Varnier.**

La récente publication dans le *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, n° 39 de 1898, d'une note de Robert Müllerheim, de Berlin (2), *sur la valeur des rayons de Rœntgen en obstétrique*, m'engage à vous faire connaître les résultats que M. Pinard et moi, avec la collaboration technique de notre préparateur, M. Vaillant, nous avons obtenus, à ce jour, quant à la radiographie *intra-utérine.*

Après avoir rappelé notre communication du mois d'août 1897 au Congrés de Moscou *sur la pelvigraphie et la pelvimétrie par les rayons* X (3), et confirmé en parculier ce que nous disions alors de la mensuration du diamètre transverse, Müllerheim ajoute que nous « avons limité nos recherches au bassin non gravide » (vous verrez tout à l'heure qu'il n'en est rien).

Or, dit-il, « il y aurait grand intérêt, pour étendre éventuellement le domaine de l'exploration externe, à savoir si la radiographie peut nous renseigner sur le volume de la tête fœtale, sa présentation et sa position ». Avant de faire l'expérience sur des femmes enceintes, il lui a paru nécessaire de pratiquer d'abord des essais sur le cadavre, « les mouvements du diaphragme, les pulsations des vaisseaux, les mouvements du fœtus pouvant être des causes d'erreur non négligeables ».

---

(1) Communication faite le 31 mars à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris.*

(2) Ancien assistant de Freund à Strasbourg.

(3) *Annales de gynécologie*, t. XLVIII, p. 361.

Müllerheim a donc procédé comme suit : ouvrant l'abdomen d'un cadavre de femme adulte, il y introduisait un cadavre d'enfant, l'y plaçait dans une attitude déterminée, puis suturait la paroi. Après quoi il prenait une radiographie du tout, à l'aide de plaques de Schleussner, d'un inducteur donnant 35 centimètres d'étincelle et d'une ampoule placée de 50 à 70 centimètres de la plaque.

La conclusion de ces expériences, au nombre de 5, est qu'on peut, *dans ces conditions*, faire le diagnostic de la présentation et de la position d'un ou de deux fœtus, etc. Et l'auteur annonce, en terminant, qu'*il exposera ultérieurement les résultats obtenus sur la femme vivante*.

Le mémoire annoncé par Müllerheim il y a cinq mois n'a pas encore paru. Vous n'en serez point étonnés lorsque nous vous aurons exposé le peu que nous obtenons, au point de vue de la radiographie intra-utérine, sur la femme *enceinte* morte ou vivante, après trois années de recherches méthodiquement poursuivies.

I. — Études préliminaires.

Dès le mois de mars 1896, dans deux notes (1) publiées en collaboration avec M. James Chappuis, professeur de physique à l'École centrale, nous abordions cette étude. Nos premières recherches portaient sur des *utérus* de trois mois et de huit mois, *conservés dans l'alcool*.

Nous insistions sur l'utilité de ces travaux d'approche pour résoudre, avant d'essayer la radiographie, pleine de difficultés, de la femme vivante, certaines questions préjudicielles :

1° La paroi utérine gravide, doublée du placenta, est-elle perméable aux rayons X ?

2° Est-il possible de radiographier le contenu de l'utérus approchant du terme et mesurant en moyenne 14 centimètres d'épaisseur ?

Les épreuves obtenues par nous en 1896, présentées alors à

(1) *Annales de gynécologie*, t. XLV, p. 185 et p. 281 ; *Académie de médecine*, 10 et 24 mars 1896.

l'Académie, et que je vous montre (1), résolvaient ces deux questions par l'affirmative. Il s'agissait, il est vrai, d'utérus conservés dans l'alcool. Mais de certaines expériences faites sur les cadavres frais de cobayes gravides, nous pouvions, dès cette époque, conclure qu'il n'y avait pas, pour la radiographie, de différences capitales entre les tissus frais et les tissus conservés, et prévoir que les résultats obtenus sur ceux-ci pourraient être obtenus sur ceux-là. Et nous ajoutions: « Il est permis d'espérer que la puissance chaque jour croissante des rayons X sera suffisante pour triompher du surcroît d'épaisseur et de résistance apporté par les quelques centimètres de paroi abdominale doublant l'utérus *in situ.* »

Restait à élucider, avant d'aborder l'expérimentation sur le vif, une troisième question préjudicielle:

3° En admettant qu'on arrive à traverser le tronc d'une femme à terme ou près du terme, n'est-il pas à craindre que l'opacité du squelette pelvi-vertébral de la mère empêche d'obtenir la silhouette du fœtus ou mieux du squelette fœtal?

Des expériences sur le cobaye nous faisaient espérer que non.

Et nous terminions en disant: « L'application des rayons X, que nous allons faire maintenant à des utérus gravides de six, sept et huit mois *in situ,* permettra de résoudre à la fois et complètement, pour ce qui est du cadavre de la femme enceinte, les deux questions: épaisseur du tronc et opacité du squelette maternel.

Pour diverses raisons, je n'ai pu reprendre ces expériences préliminaires qu'en 1897, en collaboration, cette fois, avec M. Pinard, et voici ce à quoi nous sommes arrivés à ce jour.

D'abord, nous pouvons vous prouver qu'ainsi que nous le disions en 1896, il n'y a pas de différences capitales, au point de vue de la radiographie, entre les tissus conservés et les tissus frais.

Je vous présente deux clichés pris, le 13 février 1899, sur un

(1) Voy. *Annales de gynécologie,* t. XLV, p. 186.

utérus gravide de sept mois, conservé dans l'alcool depuis sept mois, et deux autres clichés pris, le 18 juillet 1898, sur le même utérus frais. Ils ont été faits tous les quatre avec deux minutes de pose.

Ils se valent en netteté. Tout ce qu'on voit du fœtus (la totalité du squelette) sur l'utérus conservé se voit sur l'utérus frais. Les clichés du 13 février dernier sont seulement un peu plus corsés (1).

Cela étant, nous sommes autorisés à dire que si, radiographiant le cadavre entier, conservé dans l'alcool, d'une femme enceinte, nous obtenons la silhouette du fœtus dans l'utérus, nous devrons obtenir le même résultat, *tôt ou tard,* sur le cadavre frais d'une femme enceinte, ce qui sera autrement démonstratif que les expériences de Müllerheim, ci-dessus rapportées.

Or, je vous montre la *radiographie d'une femme enceinte de sept mois,* morte d'éclampsie, et *conservée dans l'alcool depuis neuf mois.* Vous pouvez y voir, outre le squelette maternel, le contour de l'utérus et la *silhouette du fœtus,* qui se présente par le sommet, dos à gauche. Cette silhouette est presque exactement superposable à celle obtenue en 1896, sur notre utérus de huit mois extrait du ventre et conservé dans l'alcool. Elle est seulement plus pâle.

La question est donc résolue pour le *cadavre conservé.*

D'après ce qui précède, vous pressentez qu'elle est bien près de l'être pour le *cadavre frais.*

II. — Expériences cadavériques.

Voici, en effet, les résultats de trois expériences à ce sujet faites par nous depuis un an.

---

(1) Je répète ce que j'ai déjà dit au Congrès de Moscou, en présentant à l'examen de nos collègues étrangers nos clichés pelvigraphiques : « Nous renonçons à produire ici des similigravures qui ne sauraient donner qu'une idée par trop imparfaite des résultats obtenus. Nous tenons nos clichés à la disposition de ceux de nos confrères que cette question intéresse. Ils pourront les examiner dans les conditions que nous jugeons nécessaires, comme l'ont fait nos collègues présents à la séance du 31 mars et le professeur Döderlein (de Tübingen).

Première expérience : 22 janvier 1898, sur le cadavre d'une scoliocyphotique, morte non accouchée, par suite d'une congestion pulmonaire massive.

Trois clichés ont été pris dans le décubitus dorsal en cinquante-quatre, vingt-sept et dix-sept minutes. Sur le meilleur, celui de vingt-sept minutes, vous voyez *la tête du fœtus* à l'entrée du bassin.

Sur un cliché pris de profil, la plaque étant à gauche et l'ampoule à droite, vous apercevez nettement le contour de l'utérus et, dans cet utérus, *la colonne vertébrale du fœtus.*

Deuxième expérience : 14 mai 1898, femme morte, non accouchée, d'éclampsie (7 mois).

Nous disposions, à cette époque, d'une ampoule donnant des instantanés du bassin sur la femme vivante. Confiants dans sa puissance, nous n'avons posé que trois minutes dans le décubitus dorsal et cinq minutes de profil. (C'était trop peu, nous vous le démontrerons tout à l'heure.)

Néanmoins, sur le premier cliché (décubitus dorsal), vous voyez outre une grande partie du bassin de la mère : 1° le bord droit de l'utérus déjeté à gauche ; 2° l'intestin à droite ; 3° *la tête du fœtus*, nette et se présentant d'aplomb au détroit supérieur. Il est impossible de déterminer d'une façon précise l'orientation de cette tête ; il semble que l'on devine, à gauche, l'attache de la colonne vertébrale. (Il s'agirait donc d'une gauche.) C'est, en effet, ce que montre la radiographie aite *en quinze minutes* sur le même cadavre conservé dans l'alcool.

Sur le cliché pris de profil, vous voyez : 1° le contour de l'utérus ; 2° l'intestin ; 3° la colonne vertébrale de la mère ; 4° *deux os du fœtus*, probablement de l'avant-bras.

Troisième expérience : 16 janvier 1899, femme enceinte de six mois et demi, morte dans le service de notre collègue Charrin.

Nous avons fait quatre clichés :

1° Dans le décubitus dorsal, quatre minutes de pose : on ne voit pas l'utérus ; on devine la tête du fœtus.

2° Dans le décubitus dorsal, six minutes de pose : on voit nettement *le contour de la tête fléchie*, à distance de l'arc antérieur et des lignes innominées, presque tout entière déjetée à droite du plan médian que déborde seul l'occipal. De l'occipital part, pour se porter obliquement dans la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche, *un tronçon bien visible de colonne vertébrale*. Tout le reste est flou. On voit les symphyses sacro-iliaques de la mère.

3° De profil, après quatre minutes de pose : on devine le profil de l'utérus, mais on ne voit rien du fœtus.

4° Sur le ventre, après quatre minutes de pose : on voit les crêtes iliaques dans toute la partie antérieure non couverte par l'utérus, presque médian, débordant un peu plus à droite.

A gauche, le *contour net de l'occiput fœtal ;* on suit *celui du sinciput* à deux travers de doigt au-dessous du bord supérieur du pubis. Rien de la face. A gauche également, on voit *la colonne vertébrale du fœtus*, et dans presque toute son étendue. On devine le pôle supérieur. Les petits membres ne se voient pas. On devine seulement le pli de flexion d'une jambe sur la cuisse.

L'intestin de la mère est très nettement modelé; sa colonne vertébrale n'apparaît qu'au-dessus du fond de l'utérus.

En résumé, ainsi que devaient vous le faire prévoir les résultats obtenus sur le cadavre conservé dans l'alcool : du fœtus dans l'utérus, *in situ*, sur le cadavre frais, ce qui jusqu'à présent se voit le mieux, c'est la tête en bas, et la colonne vertébrale. Les os des membres, déjà très pâles sur la pièce alcoolique, cessent d'être visibles sur le cadavre frais. Ils se perdent dans l'espèce de brume qui, marquant la place de l'utérus, voile également la portion rétro-utérine du squelette maternel.

Vous ne serez pas étonnés, après ce que nous venons de vous montrer sur le cadavre, de ne plus voir sur les radiographies de la femme vivante, dans le décubitus dorsal, que la tête du fœtus. Vous jugerez que c'est déjà quelque chose, lorsque vous saurez qu'il y a quelques semaines encore, nous ne voyions rien du tout.

III. — Radiographies de l'utérus gravide sur la femme vivante.

Voici, en effet, où nous avaient conduits *deux séries d'expériences faites sur des femmes enceintes vivantes*, de juillet à octobre 1897 et d'avril à décembre 1898.

Première série (5 juillet à 1er octobre 1897).

13 femmes enceintes, dont 7 de deux mois à quatre mois et demi, et 9 de cinq mois à sept mois et demi.

La durée de la pose (une minute par centimètre d'épaisseur) a varié de seize à vingt et une minutes. Dans un seul cas elle a été de trente-huit minutes (deux minutes par centimètre). Étincelle de 25 centimètres. Ampoule bi-anodique à réservoir de potasse, placée à 51 centimètres de la plaque sensible. Le dispositif et les conditions de l'expérience sont ceux que nous avons décrits dans notre note au Congrès de Moscou (1).

Conclusions. — Jusqu'à quatre mois et demi, on voit le bassin maternel en totalité, et d'autant plus nettement que la grossesse est plus jeune. De l'utérus et de son contenu, on n'aperçoit pas trace ; ils se laissent traverser avec une facilité telle qu'ils ne gênent pas l'étude pelvigraphique.

A partir de cinq mois, l'utérus et son contenu forment sur le cliché un voile mal limité, sans contours nets, qui cache la paroi postérieure du pelvis et la colonne vertébrale. Du fœtus, aucune trace nette. C'est à peine si, dans deux cas, on devine, et il y faut les yeux de la foi, une pâle silhouette de la tête fœtale dans l'aire pelvienne.

Bref, en présence de ces résultats négatifs, nous avions abandonné momentanément la poursuite, attendant de meilleures ampoules.

En avril 1898, nous disposions d'ampoules qui nous permettaient d'obtenir en quelques minutes des radiographies du bassin. Les recherches furent reprises.

Deuxième série (23 avril à 20 octobre 1898).

7 femmes enceintes, dont 2 de deux mois à trois mois et 5 de cinq mois à huit mois.

La durée de la pose a été beaucoup plus courte que dans la série précédente, de cent à deux cent quatre-vingts secondes (une minute trois quarts à quatre minutes trois quarts)

Pour 5 de ces femmes, le dispositif et les conditions de l'expérience furent les mêmes que dans la première série.

Pour 2, il a été modifié en ce sens que nous avons substi-

(1) *Annales de gynécologie*, t. XLVIII, p. 362.

tué à la bobine de 25 centimètres des *bobines donnant 40* et *50 centimètres d'étincelle.*

Les résultats furent dans tous les cas identiques à ceux de la première série, c'est-à-dire *négatifs*, que le fœtus fût vivant ou mort.

Une fois encore nous abandonnâmes la poursuite.

Nous ne devions pas tarder à nous apercevoir qu'en diminuant le temps de pose, sous prétexte de réduire autant que possible les effets contrariants des mouvements de la paroi abdominale et du fœtus, nous faisions fausse route.

Il fallait, sous peine de tourner indéfiniment autour de la place sans y pouvoir pénétrer, revenir, malgré l'opposition des techniciens, à notre idée directrice initiale: « *C'est de l'expérimentation cadavérique que nous viendra la solution.* »

J'ai donc étudié, sur le cadavre conservé dans l'alcool d'une femme enceinte de sept mois, la question, capitale vous allez le voir, du temps de pose. Des radiographies en furent faites en dix, quinze et vingt minutes (au lieu de deux à cinq comme précédemment). Il apparut alors qu'avec les ampoules dont nous disposions, on ne voyait encore rien du fœtus après dix minutes; qu'à quinze minutes on voyait nettement la tête, et qu'à vingt minutes elle s'effaçait.

Il y a donc, pour la radiographie de l'utérus gravide, pendant la deuxième moitié de la grossesse, un temps de pose limité, *variable pour chaque ampoule*, qu'il faut atteindre et ne pas dépasser, sous peine d'aboutir à un échec.

Cela établi, et sans désemparer, j'allai chercher au dortoir une femme enceinte de six mois et demi à sept mois. Nous la fîmes poser *perinde ac cadaver*, quinze minutes : du premier coup, et pour la première fois, nous obtînmes nettement le contour de la tête fœtale sur la femme vivante (13 février 1899).

Voici le compte rendu de cette expérience. Je vous montre en même temps le cliché obtenu :

1° M..., n° 17 de la salle Dugès, 18 ans et demi, primipare, dernières règles, 25 à 29 juillet. Grossesse de sept mois environ.

Hauteur de l'utérus, 23 centimètres; circonférence abdominale maxima, 81 centimètres ; épaisseur maxima du ventre, 20 centimètres.

Par le palper : tête en bas, dos à gauche.

Sur le cliché que nous vous présentons (quinze minutes de pose) vous voyez nettement tout le bassin maternel sauf le sacrum.

Celui-ci est en effet masqué par la *tête du fœtus* dont on suit bien le contour. Ce contour est concentrique à celui du détroit supérieur dont le sépare une bande noire de deux travers de doigt d'épaisseur.

Ce contour est plus net à droite, du côté du front, qu'à gauche vers l'occiput. Tandis qu'à gauche la silhouette de la tête s'arrête brusquement au droit de la symphyse sacro-iliaque, c'est-à-dire *là où cesse le fond noir de l'aire pelvienne*, à droite il se prolonge encore dans l'étendue de trois travers de doigt au delà de la symphyse sacro-iliaque pour se perdre seulement au voisinage du promontoire. On devine le rebord orbitraire et la racine osseuse du nez. Aucune autre partie du squelette fœtal n'apparaît sur la plaque. La colonne vertébrale de la mère s'estompe vaguement dans le brouillard utérin.

La tête transversalement dirigée, fléchie, mesure 114 millimètres de l'occiput au front et 90 dans le sens perpendiculaire au précédent.

Sur le cliché à dix minutes, on ne voit encore rien de net.

Sur le cliché à vingt minutes, on ne voit plus rien de net.

Sur un nouveau cliché à quinze minutes, fait trois jours après, on retrouve la tête comme ci-dessus, mais moins nette et comme doublée; il semble qu'elle ait bougé pendant la pose. Vous saisissez là sur le fait un des inconvénients des poses prolongées.

Et maintenant, nous voulons vous prouver qu'il ne s'agit pas là d'un coup de hasard et que l'expérience peut être refaite avec succès, même sur une femme *approchant du terme*.

2° D..., n° 14 de la salle Dugès. Dernières règles, 10 à 15 mai 1898. Au palper : O. I. G. T. non engagée.

Hauteur de l'utérus, 33 centimètres ; circonférence maxima, 88 centimètres ; épaisseur maxima, 26 centimètres.

Sur le cliché que nous vous présentons (quinze minutes de pose) vous voyez nettement tout le bassin maternel sauf le sacrum qui comme la colonne vertébrale, s'estompe vaguement dans la brume utérine.

Le *contour de la tête fœtale*, qui semble mieux fléchie que dans le

cas précédent, se voit et se suit bien à distance du contour pelvien, depuis le voisinage de la symphyse sacro-iliaque gauche jusqu'à l'extrémité droite du diamètre transverse. Le contour est un peu mieux accentué que dans le cas précédent. L'occiput est plus apparent, tandis que le front disparaît dans le blanc de l'os iliaque droit. On ne voit aucune autre partie du squelette fœtal.

3° R..., n° 6 de la salle Dugès, secondipare, dernières règles finies le 2 juin. Au palper : O. I. G. T. non engagée.

Circonférence abdominale maxima : 93 centimètres. Épaisseur maxima : 27 centimètres.

Sur le cliché radiographique pris le 9 mars, et que nous vous présentons (11 minutes de pose), vous voyez nettement dans l'aire pelvienne le *contour de la tête* fléchie et d'aplomb dont le front peut être suivi *jusqu'au voisinage du promontoire*. Ici, ce n'est donc pas seulement dans le vide de l'aire pelvienne qu'a marqué la silhouette de la tête fœtale, mais *sur la silhouette même du bassin maternel*. Nous sommes en progrès sur les clichés précédents.

4° P..., primipare, dernières règles, 27 juin. Au palper : O. I. G. T. non engagée.

Circonférence maxima : 94 centimètres. Épaisseur maxima : 25 centimètres.

Sur le cliché radiographique pris le 11 mars, et que nous vous présentons (10 minutes de pose), on voit plus nettement que dans le précédent, outre la silhouette de l'occiput et du sinciput dans l'aire pelvienne, le *contour du front tranchant sur la fosse iliaque interne* de la mère.

5° D..., primipare, dernières règles fin juillet. Au palper : O. I. G. T. non engagée.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres. Circonférence maxima : 83 centimètres. Épaisseur maxima : 26 centimètres.

Sur le cliché radiographique pris le 29 mars (5 minutes et demie de pose), on voit mieux encore que dans les précédents le contour de la tête fléchie, non seulement dans le vide de l'aire pelvienne, mais encore sur la silhouette de la paroi du grand bassin où il peut être suivi (front) jusqu'au voisinage du promontoire.

En résumé, *nous pouvons actuellement, sur la femme enceinte vivante*, aussi bien à six mois et demi qu'aux approches

du terme, *radiographier la tête du fœtus à l'entrée du bassin, juger de son volume, de son orientation, de son degré de flexion et d'engagement.*

Sur les radiographies ainsi faites, dans le décubitus dorsal, on ne voit ni la colonne vertébrale ni les membres du fœtus.

Quels sont donc les obstacles à l'obtention d'une silhouette fœtale plus complète, avec le matériel dont nous disposons actuellement ?

Est-ce le liquide amniotique ? Non ; nous avons démontré, en effet, que l'utérus frais, sorti du ventre et posé sur la plaque, permet d'obtenir une silhouette du fœtus aussi nette que celle fournie par un utérus conservé pendant des mois dans l'alcool.

Est-ce quelque chose de spécial à la paroi utérine vivante doublée du placenta ? La circulation, par exemple ?

Non ; car sur le cadavre, toutes choses égales d'ailleurs (décubitus dorsal, etc.), on n'obtient pas davantage. Et d'ailleurs nous possédons la radiographie *in vivo* d'une *grossesse extra-utérine*. Qu'y voyez-vous ?

Le squelette du bassin maternel, sauf le sacrum ; dans l'aire du détroit supérieur, à distance de l'anneau pelvien, le *contour d'une tête fléchie*, orientée l'occiput à gauche, le front à droite (on devine l'orbite). C'est tout.

Sont-ce les mouvements respiratoires de la mère ? les mouvements du fœtus ? Qu'il y ait là *in vivo* une gêne possible, nous ne saurions le nier. Cependant, sur le cadavre, dans le décubitus dorsal, nous n'obtenons pas davantage. Il en est de même sur la femme vivante alors que le fœtus est mort. C'était le cas, par exemple, pour la grossesse extra-utérine ci-dessus.

Nous croyons que l'explication de l'échec partiel de la radiographie du fœtus *in utero* doit être cherchée : 1° dans l'inégalité de rapprochement de la plaque sensible, a) de la portion pelvienne et *b*) de la portion abdominale de l'utérus gravide ; 2° dans l'épaisseur plus grande des parties maternelles à traverser :

pour la tête en bas, le sacrum et la peau ; pour le ventre, la colonne vertébrale, la masse sacro-lombaire et la peau.

A l'appui de cette explication, nous pouvons apporter des preuves.

Dans notre expérience cadavérique du [illegible] janvier [illegible], la radiographie dans le décubitus dorsal ne donne que la tête du fœtus. Le cadavre est alors radiographié de profil, le flanc gauche (occupé par le dos du fœtus) reposant directement sur la plaque. Immédiatement apparaît sur la plaque la silhouette de la colonne vertébrale fœtale.

Dans la seconde expérience cadavérique [illegible], la radiographie dans le décubitus dorsal ne donne que la tête du fœtus. Le cadavre est alors radiographié de profil, le flanc gauche reposant directement sur la plaque, et l'on voit apparaître la silhouette d'un des avant-bras du fœtus.

Dans la troisième expérience cadavérique [illegible] janvier [illegible], la radiographie dans le décubitus dorsal ne donne que la tête et un mince tronçon (intra-pelvien) de la colonne vertébrale du fœtus. Le cadavre est alors radiographié sur le ventre, le fœtus contre la plaque, et voici qu'apparait, outre la tête, la colonne vertébrale dans presque toute son étendue et une vague silhouette du pôle fœtal supérieur.

S'il en est ainsi, il y a lieu, dira-t-on, d'expérimenter sur la femme vivante la radiographie : 1° dans le décubitus latéral ; 2° dans le décubitus ventral. En théorie, c'est parfait.

En pratique, c'est impossible.

On peut essayer de tourner la difficulté de la façon suivante :

La femme restant sur le dos : 1° appliquer une pellicule sensibilisée sur la moitié du ventre correspondant au dos du fœtus et placer l'ampoule du côté opposé ; 2° appliquer une pellicule sensibilisée sur le ventre et placer l'ampoule sous le lit percé d'une large fenêtre à travers laquelle les rayons X pourront aborder le sujet et impressionner la pellicule.

Ces expériences sont en cours. Nous vous en exposerons ultérieurement les résultats.

QUELQUES REMARQUES
A PROPOS DE
TROIS CAS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
POUR CANCER UTÉRIN

Par **Henri Hartmann**.

La vulgarisation de la position élevée du bassin, l'emploi méthodique de compresses stérilisées limitant le champ opératoire, la substitution de la ligature isolée des vaisseaux aux grosses ligatures en masses faites autrefois, la suppression de toute surface cruentée intra-abdominale par la suture exacte des feuillets péritonéaux séreux ont, dans ces dernières années, amélioré d'une manière telle le pronostic des opérations abdominales que le nombre des partisans de la voie vaginale dans le traitement des néoplasmes utérins a considérablement diminué et qu'en particulier pour le traitement du cancer, beaucoup de chirurgiens sont revenus à la voie abdominale qu'avait, dès 1881, conseillée Freund.

Quelques gynécologistes ont même pensé qu'il y avait là une voie nouvelle permettant des opérations plus larges pour les cancers de cet organe dont l'ablation par la voie vaginale est si décevante au point de vue des résultats définitifs. L'observation suivie des malades permettra seule de se faire une opinion. Il est donc intéressant de publier actuellement des documents sur cette question, c'est à ce titre que nous donnons ici la relatiou de trois de nos malades.

Obs. I. — *Cancer du corps utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire. Mort 9 mois après de généralisation cancéreuse.*

Mme D..., 60 ans, nous est adressée par le Dr Guyard (de Malesherbes).

Cette malade, dont la ménopause avait eu lieu sans incidents à 52 ans, a commencé, il y a cinq mois, à avoir un écoulement vaginal rosé, qui est bientôt devenu réellement sanglant. Cet écoulement s'est fait sans aucune douleur. Depuis six semaines il existe quelques douleurs dans le bas-ventre et dans l'aine droite. Pas de troubles de la miction, pas de troubles digestifs, pas d'amaigrissement.

9 mars 1897. Le col est un peu irrégulier, sans bosselures; de son orifice s'écoule du sang fluide mêlé de sérosité. Il semble qu'il soit un peu attiré à droite par une bride cicatricielle. Le corps utérin est augmenté de volume autant qu'on en peut juger, l'examen étant difficile par suite de la présence d'une paroi abdominale flasque et épaisse. Le tout semble mobile et les mouvements imprimés au col sont indolents.

Le 17 mars 1897, l'*hystérectomie abdominale totale* est pratiquée par M. Harttmann dans la maison de santé de la rue Bizet. Le chloroforme est donné par M. Bourbon. M. Hartmann est aidé de MM. Du Bouchet et Chauvet. L'anesthésie a été pénible et pendant toute la durée de l'opération la malade a eu une respiration saccadée. Après avoir fendu la paroi qui est surchargée de graisse, nous tombons sur le péritoine qui se déchire facilement. Une certaine quantité de liquide citrin un peu louche s'écoule du petit bassin, au moment où nous relevons les anses d'intestins. Tout le péritoine de cette excavation est rouge, vascularisé, épaissi, friable. Il est surtout soulevé par de la graisse qui masque les vaisseaux du ligament large. Section de ceux-ci en dehors des annexes, en dedans d'une ligature préalablement posée.

Libération avec l'ongle de la vessie adhérente à la face antérieure de l'utérus. Nous avançons progressivement la libération de l'utérus après section du péritoine antérieur, attirant doucement en haut l'utérus, qui friable se laisse déchirer par les pinces à la moindre traction. Ouverture du cul-de-sac postérieur par une pince introduite par le vagin. Bascule de l'utérus à gauche, section des insertions vaginales. Ligature des artères utérines. Mèche de gaze iodoformée vaginale, deuxième mèche sortant par la partie inférieure de l'incision abdominale.

Guérison opératoire sans incident.

Pendant six mois la malade va bien ; puis elle se plaint de douleurs dans les lombes et les fesses. Elle fait de l'ascite qui nécessite une ponction le 15 novembre, et meurt cachectique le 1er décembre 1897, sans qu'il se soit reproduit le moindre écoulement par le vagin.

Obs. II. — *Cancer du corps utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire. Récidive 16 mois plus tard.*

L. A..., femme P..., 48 ans, entre le 4 août 1897 à l'hôpital Bichat, pour des pertes de sang et d'eau rousse, accompagnées de douleurs lancinantes dans le bas-ventre ; d'après ce qu'elle raconte, elle aurait eu de tout temps des pertes blanches.

Il y a six mois les règles, jusqu'alors régulières, cessent pour faire place à un écoulement continu d'eau rousse. En même temps surviennent des douleurs lancinantes. Il y a trois semaines, véritable hémorrhagie qui dure 5 jours, s'arrête, puis reparaît.

Réglée à 13 ans ; jamais de grossesses. Il y a 13 ans, affection stomacale qui a nécessité un régime lacté pendant 18 mois.

Le père est mort d'une affection intestinale ; la mère, âgée de 90 ans, est bien portante.

La malade a un facies un peu cachectique, le teint très pâle. Elle se plaint de douleurs lancinantes dans le bas-ventre et d'un écoulement continu d'eau rousse ayant une odeur un peu fétide.

Au toucher le col est assez régulier, un peu gros, à orifice regardant en bas et en arrière. Cet orifice légèrement dilaté permet l'introduction du doigt qui sent dans son intérieur des parties bourgeonnantes. On imprime difficilement quelques petits mouvements à ce col utérin et l'on ne peut déterminer exactement la situation du corps, étant gêné par la résistance et par l'épaisseur de la paroi abdominale qui est surchargée de graisse. Urines : 300 grammes, réaction neutre ; densité : 1017 ; urée : 16,65 par litre.

Le 19 août 1897. *Hystérectomie abdominale*, par M. Hartmann. — De nombreuses adhérences réunissent l'utérus et les annexes aux parties voisines. L'opération se termine sans incident, les annexes sont enlevées avec l'utérus.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un épithélioma intra-cervical avec lésions inflammatoires non suppurées des annexes.

Guérison sans incident.

Nous revoyons la malade le 20 octobre ; elle va tout à fait bien, n'a ni douleurs, ni écoulement, le fond du vagin est souple.

En décembre 1898 elle commence à souffrir de nouveau, et lorsque nous l'examinons en février 1890 elle a manifestement une récidive locale.

OBS. III. — *Cancer du corps utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire.*

D..., 48 ans, cuisinière, nous est adressée par le professeur Panas.

Cette malade raconte que depuis un an les règles sont irrégulières, surviennent à intervalles de 3 à 6 semaines. Au printemps dernier, elle se plaint d'étouffements, de bouffées de chaleur, en même temps les règles deviennent irrégulières. Ces divers phénomènes font croire à l'arrivée de la ménopause. Les règles cessent de paraître pendant 9 semaines, puis reviennent le 18 juin très abondantes et durent de 10 à 12 jours.

Le 15 juillet, nouvelle hémorrhagie très abondante qui persiste pendant 19 jours. Après un arrêt d'une quinzaine, l'hémorrhagie reparaît et persiste d'une manière continue.

Réglée à 13 ans; période d'aménorrhée de 18 mois; depuis l'âge de 16 ans, règles régulières mais pertes blanches. 4 grossesses à terme; la première il y a 19 ans; la deuxième de deux jumeaux, 14 mois plus tard; la troisième 4 ans après; la quatrième il y a 10 ans.

10 septembre 1898. Le col est gros, bosselé, présente une teinte générale légèrement vineuse. A un examen plus minutieux, cette teinte générale se dissocie en une série de petites arborisations vasculaires. A la partie antérieure de l'orifice on voit un petit bourgeon. De cet orifice s'écoule constamment un sang liquide, comme mélangé de sérosité.

Au toucher le col offre une consistance ferme presque dure et uniforme; le corps est dur, en antéflexion normale, un peu augmenté de volume.

L'hystéromètre pénètre à une profondeur de 13 centimètres.

Urines = 1,600 grammes; acides; D = 1019; urée : 20 gr. 5 par litre.

16 septembre 1898. *Hystérectomie abdominale totale*, par M. HARTMANN. — L'opération est pratiquée très simplement. Les suites opératoires ne présentent rien de particulier.

En mars 1899, la malade est toujours en parfait état.

Dans les trois cas, il y a eu guérison opératoire, mais dans deux

de ces cas, bien que nous n'ayons constaté au cours de l'opération aucune propagation ganglionnaire, la récidive est survenue. Le troisième est encore trop récent (7 mois) pour nous permettre de tirer une conclusion.

La simplicité extrême de l'opération, la possibilité que l'on a par la voie abdominale d'enlever d'un bloc l'organe avec le cancer qu'il contient, fait que, pour nous, il n'y a aucune hésitation à affirmer pour les *cancers du corps*, la supériorité de la voie abdominale sur la voie vaginale, même abstraction faite des avantages résultant de la possibilité d'exciser par cette voie une étendue plus ou moins grande des ligaments larges ou des ganglions secondairement envahis.

Nous n'avons pas eu l'occasion dans ces derniers temps d'agir sur des *cancers du col opérables*. Mais encore dans ces cas nous n'hésiterions pas à préférer la voie abdominale. Il nous semble simplement nécessaire, en pareil cas, de commencer par un curettage préalable, constituant le premier temps de l'intervention. Ce curettage a, pour nous, un double avantage : il permet de désinfecter d'une manière complète les parties et d'établir, dans une certaine mesure, l'extension du néoplasme. Dans bon nombre de cas, on se trouvera amené par lui à se contenter d'une intervention limitée et à laisser de côté toute opération radicale.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES

SUR

QUELQUES CAS DE RÉTENTIONS PLACENTAIRES

ET DE SUPPURATIONS D'ORIGINE GÉNITALE

Par **J. Hallé**,
Ancien interne des hôpitaux (1).

Historique. — Nous croyons pouvoir résumer l'histoire bactériologique de l'infection puerpérale dans ces derniers temps, en disant que les recherches récentes ont montré qu'à côté de l'infection classique à streptocoque pyogène, il était possible de rencontrer des infection mixtes. Dans certains cas, le streptocoque pourrait même manquer complètement.

Widal, en 1889, avait déjà signalé un cas d'infection puerpérale dans lequel les cultures aérobies n'avaient montré qu'un bacille qu'il identifia au bacille qu'Albarran et Hallé avaient décrit dans l'infection urinaire, et qu'il fut possible d'assimiler dans la suite au bacterium coli commune d'Escherich (2).

Les recherches ultérieures montrèrent qu'il y avait lieu d'étudier, à côté des espèces aérobies de l'utérus, les organismes anaérobies de cette cavité, à peine signalés, et que les auteurs considéraient comme des saprophytes sans intérêt. C'est ainsi que Vignal put isoler d'un utérus le vibrion septique. Mais parmi les recherches entreprises sur ce sujet, nous devons sur-

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, décembre 1898, février et mars 1899.

(2) WIDAL. *Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.* Thèse Paris, 1889.

tout mettre en lumière les travaux de Krönig (1) et la thèse de Du Bouchet (2).

Du Bouchet relate quelques observations d'infection puerpérale dans lesquelles l'utérus contenait des organismes anaérobies. Ceux-ci étaient souvent en beaucoup plus grand nombre que le streptocoque. L'espèce qu'il rencontra le plus souvent était une grosse bactérie, anaérobie, qu'il put cultiver sur gélatine, mais sur laquelle il donne peu de renseignements. Cet organisme existait parfois dans la profondeur des tissus de l'utérus malade. Cet auteur cite également une observation d'infection puerpérale blennorrhagique. Il conclut que l'affection puerpérale peut être due à des microbes variés, parmi lesquels les anaérobies sont fréquents. La présence de ces germes dans les tissus semble indiquer une action qui leur est propre.

Beaucoup plus complètes sont les recherches de Krönig, qui embrassent toute la question de la bactériologie du canal génital de la femme enceinte, avant, pendant et après l'accouchement à l'état normal et pathologique.

Il montre d'abord que chez la femme enceinte, le vagin ne contient pas de germes aérobies poussant sur agar, que la flore vaginale est presque exclusivement composée de saprophytes anaérobies. 11 fois, il a cherché ces germes ; il les a toujours trouvés. Krönig décrit des espèces, parmi lesquelles trois sortes de bacilles et un coccus (3). Étudiant le contenu bactérien des eaux de l'amnios au moment des couches, il montre que chez les femmes fébricitantes au moment du travail, avec poche des eaux rompue, le liquide amniotique contient le plus souvent des microbes anaérobies, sans aucun germe aérobie. Parmi les espèces isolées se trouve un bacille anaérobie, gardant le

(1) Krœnig. *Bakteriologie des genitalkanales der schwangeren, kreissenden und puerperalen Frau.* Leipsig, 1897.

(2) Du Bouchet. *Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines.* Thèse Paris, 1897.

(3) Nous ne pouvons guère assimiler aucune de nos bactéries anaérobies aux espèces de Krönig; le coccus paraît identique à celui que nous avons désigné sous le nom de micrococcus fœtidus (Veillon).

Gram (1), et une grosse bactérie qui rappelle le bacille du charbon, pousse facilement sur gélatine et qui est pathogène pour le cobaye (2).

Krönig étudie ensuite toute une série de cas dans lesquels les accouchées ont présenté des accidents fébriles, et montre que le streptocoque est rarement seul dans la cavité utérine de ces malades. Il trouve cet organisme associé au coli ou à d'autres organismes ; décrit des cas à coli seul, à staphylocoque doré seul. Enfin il rappelle deux cas personnels et un dû à Ernst (3), où l'examen bactériologique n'a décelé aucun streptocoque, mais seulement des organismes anaérobies. Un de ces cas fut mortels ; la malade mourut d'infection avec thromboses veineuses multiples. Les organismes isolés étaient un bacille et un coccus, tous deux strictement anaérobies. Pour lui, les cas de tympanite utérine à gaz fétides sont dus à ces organismes. Il remarque que les germes pyogènes existent rarement dans les cas où les lochies sont extrêmements fétides. Reprenant cependant l'histoire de treize femmes ayant des microbes anaérobies dans l'utérus après l'accouchement, il montre que chez six seulement il y eut des accidents fébriles légers ; toutes purent sortir de l'hôpital dans le délai habituel de 20 jours. Son ouvrage se termine par une étude remarquable de la blennorrhagie avant, pendant et après l'accouchement.

Nous n'avons pas étudié jusqu'à présent un nombre suffisant de cas, pour donner dès à présent les conclusions de nos examens; nous croyons cependant pouvoir donner nos observations, parce que, d'une part, elles confirment absolument les recherches de Krönig et que, d'autre part, elles viennent compléter plusieurs points de la bactériologie des microbes anaérobies du canal génital étudiés par nous précédemment.

---

(1) Il s'agit sans doute du bacille souvent rencontré par nous et désigné sous le nom de bacillus caducus.

(2) Cet organisme est probablement celui rencontré par Du Bouchet.

(3) Ernst. Ueber einen gastbilden den Anaerobien im menschlichen Kœrper und... *Virchow's Archiv*, Bd CXXXIII, 1893.

OBS. 1. — *Accouchement et suites de couches normales. — Présence de microbes anaérobies dans l'utérus.*

Nous avons examiné les lochies prises dans l'utérus, chez une femme ayant accouché 70 heures auparavant, n'ayant pas eu d'injection vaginale, ni intra-utérine et qui n'eut dans la suite aucune suite de couches pathologique. La sécrétion utérine, un peu trouble et fade, renfermait des leucocytes et des hématies avec quelques rares organismes.

Les ensemencements sur milieu aérobie n'ont rien donné (agar ordinaire, agar de Wertheim).

Seules, les cultures anaérobies ont montré des colonies, et encore en nombre peu considérable. Il s'agissait d'un bacille, se décolorant par le Gram et que les cultures ont permis d'identifier au bacillus funduliformis, décrit plus haut.

Ce fait est en faveur de l'opinion de Krönig qui montre que l'utérus peut contenir après l'accouchement des germes anaérobies, sans qu'aucun accident se manifeste.

OBS, 2 et 3. — *Rétention de débris placentaires. — Cultures.*

Nous avons examiné le contenu utérin de deux femmes venant de faire un avortement, et qui n'ont présenté dans la suite aucun accident pathologique.

Chez l'une, il s'agissait d'une fausse couche de quatre mois, ayant débuté la veille par une légère hémorrhagie. L'avortement se fit en deux fois. Le 3e jour après l'expulsion du fœtus, avant l'expulsion du placenta, alors qu'il n'existait aucun phénomène fébrile, on préleva dans la cavité utérine des sécrétions atrocement fétides.

Les cultures ont montré que l'utérus contenait presque exclusivement des espèces anaérobies. Le seul organisme aérobie isolé était un streptocoque, qui avait les caractères du streptocoque non pathogène décrit plus haut, et qui ne donnait d'abcès ni à la souris, ni au lapin, ni d'érysipèle à l'oreille du lapin.

Les espèces anaérobies isolées ont été : le micrococcus fœtidus (Veillon), le bacillus caducus, tous deux décrits plus haut.

Il n'y eut pas d'accident fébrile dans la suite ; grâce peut-être à quelques injections intra-utérines d'eau bouillie.

L'autre observation est à peu près calquée sur la précédente.

L'utérus contenait quelques échantillons du streptocque non

pathogène, et une quantité énorme d'anaérobies, appartenant aux deux espèces trouvées dans le cas précédent.

OBS. 4 — *Avortement de 2 mois 1/2. — Accidents fébriles. — Curettage. Examen bactériologique différent du contenu utérin avant et après le curettage.*

Marie D..., 21 ans, blanchisseuse, bonne santé habituelle, deux enfants vivants; une fausse couche antérieure. Entre à Necker le 28 avril, pour un avortement de 2 mois 1/2.

Le début des accidents remonte au 21 avril et est marqué par une hémorrhagie légère. Elle fait sa fausse couche deux jours après et entre le 28 au soir à l'hôpital, pour pertes sanglantes, malaise et fatigue générale. Un peu de fièvre (38°).

Le 29 au matin, injection vaginale au sublimé et injection intra-utérine à l'eau boriquée. Fièvre modérée (38°).

Dans la journée, on prélève dans l'intérieur de la cavité utérine, à l'aide d'une pipette des produits, muco-purulents colorés par le sang et d'une odeur infecte.

Le soir, frisson. Température 39°.

Le lendemain 30, curettage pratiqué sous le chloroforme dans le service de M. le professeur Le Dentu. La température, qui était de 39° le matin, monte le soir à 40°, le pouls reste bon à 90.

L'état général est médiocre.

Le 30. Examen au spéculum; on prélève dans la cavité utérine diminuée de volume, mais dont le col est encore bien perméable, une certaine quantité de sérosité à peine louche, mais sans aucune odeur.

Pendant quelques jours la fièvre persiste, mais l'état général s'améliore, ainsi que l'état de l'utérus.

La malade est complètement guérie de son avortement au bout de trois semaines, mais le mois suivant est reprise d'accidents fébriles dont la cause paraît d'abord difficile à préciser, puis trouvent leur explication dans l'apparition de signes manifestes de tuberculose pulmonaire qui emporte la malade en quelques jours avec méningite tuberculeuse finale.

EXAMEN ET CULTURE DU CONTENU UTÉRIN AVANT CURETTAGE (29 avril). — *Examen sur lamelles.* — Leucocytes assez abondants. L'examen direct montre comme organismes :

Une bactérie très abondante assez mince, un peu incurvée gardant le Gram.

Un coccus, plus coloré, peu abondant, tantôt par deux, ou en courtes chainettes, gardant le Gram.

Les *cultures aérobies* permettent d'isoler :

Deux ou trois colonies de bacterium coli commune.

Le streptocoque pyogène relativement peu abondant (pathogène pour la souris et le lapin).

Les cultures en milieu *anaérobie* montrent que les organismes anaérobies sont en nombre infiniment plus considérable que les aérobies.

On ne peut isoler qu'une seule espèce constituée par le bacille observé dans le pus (bacillus caducus).

Examen et culture du contenu utérin après curettage (1er mai). — *Examen sur lamelles.* — Quelques leucocytes. On ne retrouve plus le bacille prédominant avant le curettage ; on voit seulement des cocci gardant le Gram en diplocoques ou en courtes chainettes.

Les cultures en milieu aérobie montrent une seule espèce abondante, qu'il est possible d'identifier au streptocoque pyogène.

Les cultures en milieu anaérobie ne permettent de retrouver aucun échantillon du bacille si abondant avant le curettage.

Cette observation nous paraît intéressante par ce fait que les résultats de l'examen bactériologique ont été absolument différents avant et après l'intervention chirurgicale. Avant le curettage, ce sont surtout les microbes anaérobies qui dominent dans l'utérus. Le nettoyage mécanique du curettage supprime tous les organismes anaérobies ; mais le streptocoque pyogène qui est beaucoup plus pathogène et a surtout la propriété de vivre aux dépens des tissus encore vivants, n'a été en rien influencé par l intervention. Fous croyons qu'une série d'examens bactériologiques de cavités utérines pratiqués avant et après curettage, expliqueraient les résultats un peu contradictoires de cette opération.

Obs. 6. — *Affection puerpérale mortelle. Absence de fétidité des sécrétions utérines. Streptocoque pyogène à l'état de pureté, pas d'anaérobie*

Nous avons examiné le contenu de l'utérus chez une femme entrée à l'hôpital avec des accidents extrêmement graves de fièvre puerpérale. La mort est survenue le surlendemain par péritonite généralisée.

Dans ce cas, où les lochies n'étaient pas fétides, nous n'avons pas

trouvé de microbes anaérobies, mais seulement le streptocoque pyogène.

Nous avons vu, d'après les travaux de Krönig et de Du Bouchet, qu'il fallait faire jouer un rôle aux organismes anaérobies dans certains cas d'affections puerpérales. Ces auteurs ont montré en effet que non seulement ces germes pouvaient agir par les poisons qu'ils élaborent dans l'intérieur de la cavité utérine, mais encore qu'ils peuvent pénétrer les sinus et se retrouver dans les veines thrombosées péri-utérines. L'observation suivante montre qu'il y a lieu de se préoccuper de ces mêmes organismes, dans l'examen bactériologique des abcès et phlegmons péri-utérins développés après l'accouchement.

Obs. 7. — *Paramétrite suppurée ouverte dans le vagin. Pus fétide contenant des organismes anaérobies en grande abondance et le streptocoque pyogène.*

Jeanne Mei..., 28 ans, entre à l'hôpital Necker dans un état grave, avec fièvre et douleurs violentes dans le ventre ; 15 jours auparavant elle avait fait une fausse couche de trois mois et demi environ, s'était soignée chez elle ; environ six jours après l'expulsion du fœtus, elle commença à présenter des frissons, de la fièvre et des douleurs abdominales, surtout du côté droit. Depuis six jours, elle a une fièvre persistante, un état général mauvais.

Au moment où elle entre à l'hôpital, elle se met à perdre une quantité considérable de pus fétide par le vagin. Elle est examinée immédiatement au spéculum et on peut facilement trouver l'orifice de la collection purulente, qui se trouve situé sur le côté droit du col utérin. L'abcès ne s'étant évacué spontanément qu'en partie, on peut faire pénétrer une pipette par l'orifice et on prélève du pus dans la poche purulente. Élargissement de l'ouverture de l'abcès, drainage. Il s'écoule au moins un demi-litre de pus. Amélioration rapide, puis persistance d'une fistule qui finit par guérir après deux mois environ.

L'*examen microscopique* du pus, pris au moment de la rupture de l'abcès, montre des leucocytes au milieu desquels on trouve :

1° Un bacille assez court qui paraît prédominant ;

2° Un bacille assez long, difficile à colorer, peu abondant ;

3° Des cocci, isolés ou en courtes chaînettes, peu abondants.

Les cultures *aérobies* permettent d'isoler seulement le streptocoque pyogène.

Les cultures *anaérobies* montrent que le streptocoque est en très petite quantité dans ce pus, qui renferme presque seulement des anaérobies. On ne peut isoler à l'état de pureté qu'un seul organisme identifié au bacillus caducus ; mais cet organisme n'a pu être étudié complètement, ayant succombé au 3e ensemencement (1).

Nous devons à l'obligeance de nos amis Veillon et Zuber, l'observation suivante qui montre que les espèces microbiennes strictement anaérobies peuvent provoquer seules la suppuration de collections kystiques abdominales. Les ensemencements anaérobies ont permis de se rendre compte du contenu bactérien de cet abcès. Nous donnerons en détail cette observation.

OBS. 8. — *Kyste suppuré de l'ovaire gauche. Pus fétide ne renfermant que des espèces microbiennes strictement anaérobies* (VEILLON et ZUBER).

Une femme de 23 ans, entre dans le service de M. le Dr Delbet, à l'hôpital Laënnec, le 9 juillet 1895, pour des accidents de pelvi-péritonite. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans, sans passé génital pathologique, sans grossesse antérieure, elle a été prise, en janvier 1895, de douleurs violentes dans l'hypogastre avec mictions douloureuses, gastralgie, nausées. En même temps, elle s'est aperçue que son ventre grossissait. On fit successivement le diagnostic de métrite, salpingite, enfin de grossesse. En juin, elle eut une poussée de pelvi-péritonite, avec fièvre, douleurs abdominales violentes, hoquets, vomissements porracés.

Elle entre à l'hôpital dans un état de faiblesse et d'amaigrissement extrême, mais sans fièvre. A l'examen, on trouve une tumeur fluctuante, peu mobile, occupant le cul-de-sac vaginal et la fosse iliaque gauche. Une ponction exploratrice permet de retirer 50 centimètres cubes de pus verdâtre, fluide et horriblement fétide. Une incision par le cul-de-sac vaginal permet d'évacuer une grande quantité de pus fétide. Après drainage et pansement, la malade sort guérie le 3 août.

Elle rentre à l'hôpital le 20 novembre de la même année, souffrant

(1) Cet organisme est peut-être celui signalé par Marmorek dans une observation d'infection puerpérale rapportée dans la thèse de Du Bouchet, obs. XIII, *loco citato*.

de nouveau du ventre, surtout à gauche et on trouve une tumeur à ce niveau. On pratique la laparotomie, suivie de l'ablation des trompes et des ovaires. La malade guérit rapidement et sort en très bon état du service.

L'examen des organes enlevés, montre, à droite, l'existence d'un kyste de l'ovaire du volume d'une petite orange, sans adhérence, à contenu clair, transparent, légèrement rosé. A gauche, il existe deux tumeurs kystiques du volume d'une petite orange chacune ; l'une très adhérente, difficile à énucléer, renferme un pus fétide ; l'autre, un liquide rougeâtre, purulent et fétide. On conclut au diagnostic de kyste de l'ovaire suppuré.

Recherches bactériologiques. — L'étude bactériologique du pus a été faite une première fois en juillet pour le liquide retiré par la ponction exploratrice ; et une deuxième fois en novembre pour le liquide recueilli aseptiquement dans les deux poches kystiques suppurées enlevées par la laparotomie.

Le résultat a été identique dans les deux séries de recherches.

Examen microscopique. — Sur lamelles, on constate la présence de trois formes microbiennes différentes :

1° Des cocci, en diplo, ou en amas, de grosseurs variées, se colorant mal par le Gram.

2° Des formes bacillaires courtes, souvent strepto-bacille, se colorant par le Gram.

3° Des formes spirillaires, ne se colorant que par le Gram, moins nombreuses.

Cultures. — Les ensemencements ont été faits en milieux aérobies et en milieux anaérobies (gélose sucrée en tubes profonds).

Les cultures aérobies sont restées stériles.

Les cultures anaérobies ont permis d'isoler deux espèces microbiennes dont les caractères sont les suivants :

Espèce A. — Diplocoques à grains ovalaires, quelquefois allongés pour former un petit bacille de la dimension du bacille du choléra des poules. Ils sont placés à côté les uns des autres, quelquefois en chaînettes courtes. Les grains sont souvent inégaux de taille. Il se décolore par la méthode de Gram, mais inégalement.

Il ne pousse pas en gélatine sucrée, en tubes profonds à 20°.

Il pousse sur agar sucré profond à 37°.

Au bout de deux jours, les colonies deviennent visibles à l'œil nu. Examinées à un faible grossissement, elles se montrent sous la forme

de colonies rondes, régulières, jaunes ou brunâtres, assez opaques, à à bords nets, parfois lenticulaires.

Cultivé en surface sur agar sucré incliné, dans le vide, ce coccus donne, après 48 heures, de petits points visibles au microscope, jaunâtres, clairs, à bords nets, très transparents. Après trois ou quatre jours, elles deviennent un peu plus épaisses.

En bouillon sucré dans le vide, ce microbe donne un trouble fin ; le bouillon redevient clair dans la suite avec un dépôt poussiéreux.

Inoculé sous la peau du cobaye, cet organisme donne un abcès caséeux à pus fétide. Le cobaye ne meurt pas.

Espèce B. — Petit bacille court à bords arrondis, par deux ou en streptobacille souvent en amas.

Se colore bien, garde la coloration après la méthode de Gram.

Il ne pousse pas en gélatine sucrée à 20°.

Il pousse bien dans l'agar sucré en tubes profonds à 37°, 38° ; donne en 48 heures des colonies visibles à l'œil nu, petites, granuleuses, uniformes, grisâtres, peu transparentes. Cultivé en surface sur agar sucré incliné dans le vide, il donne un exsudat blanchâtre, formé de colonies rondes, confluentes.

Inoculé sous la peau du cobaye, il donne un abcès à pus épais, crémeux, fétide. L'animal ne meurt pas.

Le spirille n'a pu être isolé à l'état de pureté.

Les cultures aérobies et anaérobies du liquide clair du kyste non suppuré de l'ovaire droit sont restées stériles.

REVUE CLINIQUE

Par le Dr **Thierry**,
Professeur de clinique obstétricale à l'École de médecine de Tours.

I. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré. — Hémorrhagie. — Mort. — Autopsie.

Fille X..., 23 ans, primipare. Proche le terme de sa grossesse, est surprise vers le milieu de la nuit, chez elle, par des coliques vives, et une hémorrhagie des voies génitales. Elle est dans un état syncopal, lorsque, par les soins du commissaire de police, elle est amenée dans le service de la Clinique d'accouchements, où elle succombe rapidement, après avoir perdu quelques caillots de sang. La mort du fœtus avait été constatée avant celle de la mère.

C'est en face du cadavre de cette femme que je me trouvai le matin. Le développement du ventre était celui d'une grossesse sensiblement à terme ; l'utérus remontait aux côtes. — Le toucher rencontrait du sang coagulé dans le vagin, et trouvait un col ouvert (à 2 francs environ), mais avec des bords épais, incomplètement effacés. — Le bassin était normal, et la personne d'ailleurs très bien constituée, avec toutes les apparences d'une santé habituelle.

La paroi abdominale fut ouverte sur la ligne blanche, et l'utérus mis à nu. Une incision dirigée sur la ligne médiane, de haut en bas, ouvre la matrice, et laisse échapper en abondance le liquide amniotique. Le fœtus est en O. I. G. A. ; la tête est amorcée au détroit supérieur, en asynclitisme postérieur. Le cordon est flottant, non tendu ; il ne forme pas de circulaires autour du cou. La cavité amniotique est intacte, et n'est, en aucun point, maculée de sang. Le placenta est inséré à la fois sur le fond et sur la zone moyenne de l'utérus, sur les faces postérieure et latérale gauche. Adhérent à la paroi utérine par son contour supérieur, il est soulevé dans le reste de son étendue, et bombe dans la cavité amniotique. Les membranes sont également décollées suivant un espace triangulaire, dont la base se confond avec

le bord inférieur du placenta, et dont le sommet tronqué aboutit à l'orifice entr'ouvert de l'utérus. Au niveau de cet espace, la pression du doigt provoque une crépitation due à l'écrasement d'un caillot sanguin.

Une ouverture pratiquée à la matrice, au niveau de l'insertion placentaire, donne issue à un énorme caillot mêlé de sang liquide. Ce caillot peut être suivi au-dessous des membranes jusqu'à l'orifice utérin.

Il n'y avait pas d'urine dans la vessie ; les reins ne présentaient pas de lésions appréciables. Les membres inférieurs, ni la face n'étaient œdématiés. — Il n'a été obtenu aucun renseignement quant aux circonstances qui ont accompagné l'accident hémorrhagique. — Les causes du décollement placentaire échappent donc à l'examen.

II. — Présentation de l'épaule. — Rupture prématurée de la poche des eaux. — Fœtus mort. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Obstacles à la version.

Femme V..., 37 ans, modiste ; réglée à 14 ans, IIpare.

Premier accouchement, en 1891 — terminé par une application de forceps. L'enfant est vivant et bien constituée.

Dernières règles au 5 décembre 1896. Apparition des mouvements actifs, fin avril. Dans la nuit du 2 au 3 octobre, à 1 heure du matin, rupture de la poche des eaux. Les douleurs n'apparaissent que vers 7 heures dans la matinée, et le travail se poursuit lentement toute la journée. Un confrère est appelé le lendemain par la sage-femme ; il constate la mort du fœtus, trouve une dilatation suffisante, et tente une version, après avoir constaté la présentation de l'épaule, avec procidence du bras : La tentative reste infructueuse. Seconde tentative sous le chloroforme, et avec l'assistance d'un confrère. Même insuccès, La parturiente est alors envoyée dans le service de la Clinique, où je la trouve le 5 octobre, à 4 heures du soir.

Le bras du fœtus pend, la main en dehors de la vulve ; l'épiderme se détache par lambeaux, dès qu'il est tiraillé. Le doigt en remontant jusqu'à l'épaule, trouve appliqué, contre cette épaule et à droite, les orteils du pied gauche sur lequel ont été exercées les tentatives de version. Ce pied n'a pu être davantage abaissé, malgré l'énergie des tractions. Autour du pied et de l'épaule, l'utérus est hermétiquement fermé. Pour pénétrer dans la cavité, j'insinue un doigt, puis deux dans l'anneau de contraction. La résistance de celui-ci cède et permet

l'écartement du doigt. A ce moment des gaz de putréfaction s'échappent avec un tel bruit de l'utérus, que les assistants pensent à une émission de gaz par l'anus. Je diagnostique une présentation de l'épaule droite, dorso-antérieure, avec procidence complète du bras et procidence du pied gauche par suite des tentatives de version.

Je m'explique l'insuccès des manœuvres déjà pratiquées, par le double obstacle résultant, 1° de la rétraction de l'anneau de Bandl, qui fixe l'épaule et s'oppose à son dégagement ; 2° du choix du pied gauche, sur lequel se sont exercées les tractions. Celles-ci ont, en effet, amené ce pied supérieur *au-devant du pied droit,* le refoulant en arrière et l'immobilisant, tandis qu'elles ne tendaient qu'à infléchir le plan latéral gauche du fœtus, et à peser sur l'épaule droite, engagée dans l'orifice.

Après chloroformisation, j'amputai le bras procident que son état de macération ne permettait pas de réintégrer dans la cavité utérine ; je refoulai le moignon, et allai saisir le pied droit. Sans difficulté, j'amenai, à l'aide de ce pied, l'engagement du siège, et je terminai classiquement l'extraction par la manœuvre de Mauriceau, sans être gêné par l'anneau de Bandl, dont la contraction avait cédé.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine au sublimé, suivie d'une injection d'eau bouillie. Drainage de l'utérus avec la gaze iodoformée, et pansement vulvaire antiseptique. La température le soir est à 40°, à 6 heures du soir, — à 38°,7, à 9 heures.

Le 6 octobre, temp. matin 36°,8 ; temp. soir 37°,2.

La femme V... quitte la Maternité le 12 octobre, dans les meilleures conditions de santé.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. A. Pinard (en collaboration avec M. Segond). **Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme. Extraction d'un enfant vivant ; suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.**

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une femme chez laquelle j'ai fait le diagnostic de grossesse extra-utérine, le 7 novembre 1898 et chez laquelle l'extériorisation du sac et l'extraction du fœtus furent pratiquées le 21 décembre 1898.

Je n'entrerai pas ici dans les détails de cette intéressante observation. Je me bornerai au sommaire suivant :

Femme âgée de 37 ans, ayant eu déjà huit grossesses, toutes terminées à terme par des accouchements spontanés. Le dernier accouchement date du mois de janvier 1892. Depuis cette époque, santé parfaite, règles régulières.

Dernières règles, du 3 au 6 janvier. Premiers accidents dans les mois de mai et juin. Après péripéties diverses, arrivée à la Clinique Baudelocque le 7 novembre 1898. Le diagnostic fait, cette femme, systématiquement, est soumise à une hygiène spéciale jusqu'au 21 décembre.

Je juge bon d'opérer à ce moment, bien qu'il n'y ait pas de faux travail. Extériorisation du sac par simple incision de la paroi abdominale et de la paroi kystique. Après extraction du fœtus, suture des parois du kyste fœtal à la peau. Élimination du placenta par fragments, complète le 1er mars 1899.

L'enfant pesait, au moment de son extraction, 2,875 grammes et présentait une asymétrie faciale due à une attitude vicieuse.

Aujourd'hui, comme vous pouvez le constater, toute asymétrie a disparu et cette petite fille vigoureuse pèse 4,775 grammes.

Quant à la mère, vous pouvez également constater que son état de santé est parfait.

C'est donc la deuxième observation de ce genre que je puis présenter à l'Académie, en ayant présenté une à peu près semblable le 6 août 1895.

Ces deux observations me paraissent surtout intéressantes, parce qu'elles montrent deux cas de grossesse extra-utérine, soignée pendant les derniers mois et conduite jusqu'à terme. C'est pour moi le point capital, qui montre l'importance de l'hygiène dans ces circonstances et qui permet d'attendre pour ouvrir l'œuf que le fœtus présente toutes les aptitudes à la vie extra-utérine.

Quant aux enfants se développant en dehors de la matrice jusque près du terme, ils peuvent être aussi bien conformés que les utérins, comme celui que je vous présente le prouve.

Je termine en disant que dans les cas de grossesse extra-utérine diagnostiquée vers le sixième mois, on peut, en soumettant la femme à une *hygiène spéciale*, espérer l'évolution jusqu'au moment où une intervention permettra de faire de la chirurgie obstétricale conservatrice, c'est-à-dire de sauver la mère et l'enfant.

M. Guéniot. — Je désirerais savoir de M. Pinard si le fœtus qu'il a extrait si heureusement était pourvu d'une enveloppe membraneuse ou si, au contraire, il se trouvait libre, au contact direct de la masse intestinale. Ce détail me semble très important à préciser.

En effet, au cours de 1893, je fis, à la Maternité, une laparotomie dans un cas de grossesse extra-utérine parvenue presque à terme. Pendant les six dernières semaines, j'avais imposé à la femme le repos absolu au lit. De la sorte, les douleurs abdominales qui, auparavant, étaient très vives, se calmèrent peu à peu, et nous pûmes, sans accident, atteindre (à une semaine près) le terme normal.

A l'ouverture du ventre, je trouvai le fœtus libre, au contact des viscères maternels ; il était à nu, sans aucune enveloppe. Je fus assez heureux pour l'extraire bien vivant. C'était une fille du poids de près de six livres (exactement 2,980 grammes). Je me félicitais naturellement d'un tel résultat et déjà j'escomptais, comme une très grande rareté, la survie presque certaine de cet enfant. Mais, bientôt, je m'aperçus qu'il fallait en rabattre. Une bonne nourrice lui avait été donnée, ce qui n'empêcha pas une décroissance rapide et constante du poids primitif. Une seconde nourrice fut substituée à la première ; puis, une troisième à la seconde. Néanmoins, quoi que l'on fît et malgré tous les soins dont il était entouré, cet enfant continua à déchoir.

Je dus lui ouvrir une succession d'abcès qui se formèrent dans la région sacrée, au cou, à la joue gauche, etc. Bref, il succomba au bout

de seize jours, après avoir perdu 720 grammes sur son poids de naissance, c'est-à-dire presque le quart de son poids initial.

Comment expliquer cette issue malheureuse ? Je pense que le fœtus, libre dans la cavité abdominale, avec son placenta inséré sur les viscères, s'était infecté au cours de la grossesse et que, une fois livré aux conditions de la vie extérieure, il n'a pu résister aux suites de cette infection. Je regrette vivement, à cet égard, d'avoir omis des recherches bactériologiques qui, très probablement, auraient mis en évidence les méfaits du coli-bacille.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 31 mars 1899.

M. H. Varnier. **Radiographie de l'utérus gravide.** — (Voir plus haut la communication *in extenso*.)

M. P. Segond. **Suites éloignées de l'hystéropexie. Présentation d'un utérus hystéropexié depuis plus de six ans et enlevé par hystérectomie abdominale.** — Il s'agit d'une femme à laquelle M. Segond avait, en 1892, pratiqué un hystéropexie abdominale pour prolapsus utérin. Deux ans après l'intervention, reparurent des douleurs abdominales et pelviennes que l'on put rapporter à l'existence d'un rein mobile à droite. Enfin, en octobre 1898, apparurent des phénomènes d'obstruction intestinale légère et intermittente. L'utérus, en situation élevée, avait une certaine mobilité, et MM. Segond et Baudron pensèrent que les phénomènes d'occlusion incomplète présentés par la malade étaient dus à l'étranglement passager de l'intestin dans l'espace pariéto-utérin cloisonné par des adhérences. M. Segond pratiqua l'hystérectomie abdominale et trouva un utérus amarré à la paroi par huit tractus, vestiges des 4 fils de soie a l'aide desquels il l'avait fixé en 1892.

Il ne restait aucune trace des fils. Les cordons fibreux avaient une longueur d'environ 2 centim. et formaient dans leur ensemble une sorte de treillage dont les mailles étaient évidemment très bien disposées pour se prêter à un étranglement interne. Les suites opératoires furent simples ; la malade est actuellement guérie.

M. Bouilly rappelle que la possibilité de l'étranglement de l'intestin

entre la paroi abdominale et l'utérus, chez les femmes ayant subi l'hystéropexie abdominale, a été signalée déjà par Jacobs, de Bruxelles, au congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux en 1895.

Personnellement, il a observé une autre conséquence de la ventrofixation. Si les adhérences pariéto-utérines peuvent être lâches, comme dans le cas de M. Segond, elles peuvent aussi être assez solides pour être un obstacle sérieux à l'abaissement de l'utérus au cours d'une hystérectomie vaginale consécutive. M. Bouilly a dû, dans un cas de ce genre, sectionner aux ciseaux un cordon d'adhérences très résistantes qui s'opposait absolument à l'abaissement de l'utérus.

M. Segond a observé deux faits analogues à celui de M. Bouilly. Il y a donc lieu, lorsqu'on pratique l'hystérectomie vaginale secondaire chez des femmes déjà laparotomisées, d'être prévenu des difficultés opératoires que peut produire une hystéropexie antérieure.

M. Bouilly. **Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. Opérations sur le col.** — M. Bouilly prend pour point de départ de la discussion l'importante communication que M. Pinard a faite à la séance du 3 mars (1).

La première observation de M. Pinard ne prête matière à aucune discussion. Il y a eu une opération atypique, incorrecte, mal exécutée ; on pouvait prévoir *a priori* le résultat obstétrical désastreux.

Reste la série des opérations correctes ayant eu pour conséquence des avortements, des accouchements prématurés, des mauvaises présentations et une lenteur plus ou moins grande du travail.

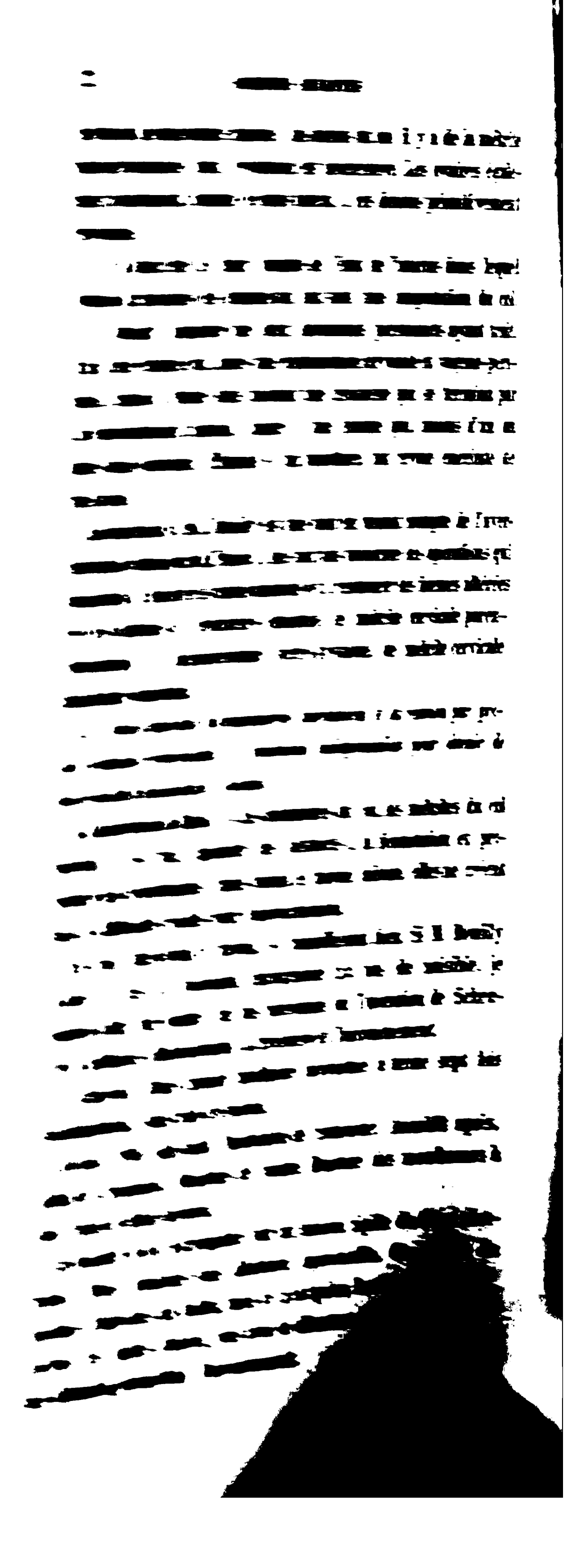
Dans le bloc des observations de M. Pinard quelques-unes doivent être tout d'abord mises à part, dans lesquelles la relation des troubles gravidiques avec l'opération antérieure est douteuse ou nulle. D'autre part, s'il est certain que les tissus pathologiques restaurés n'ont pas la propriété anatomique et physiologique des tissus sains, il faut aussi reconnaître que les lésions nécessitant une intervention sur le col, sont par elles mêmes capables de créer des conditions pathologiques mauvaises pour la grossesse et l'accouchement. Les altérations du col ne sont pas limitées à la zone opératoire. Dans ces cas de métrite cervicale parenchymateuse avec dégénérescence scléro-kystique, le col

(1) *Ann. de gynécol.*, t. LI, p. 233.

chirurgical dev
interne et un tr
déterminer que
ou alcaline, et s
devra en même
grandes quantité
Le traitement
les plus grandes
aussi complètem
tion saturée d'ac
traitement est su
bout de 10 à 14
qui donnera un
médicament dès
cament par excell
l'on gagne du te
tite; cela est vrai
tombent sous la m

Traitement chirur

Le traitement ch
un peu différent d
faire, à l'aide du cy
et même les curet
d'argent ou avec
enflammées et les
ties saines de la m
De même, il y
pubienne quand o
ait eu recours, je n
au drainage uréth
La colpocystoto
être condamnée.
traitement ont p
direct des partie
Si le repos et le
traitement le mo



…fant vivant, petit.

… juin 1890, avortement de deux mois.

…nous paraît évident que l'opération pratiquée sur le col est res-…ble de ces deux cas de dystocie.

SEGOND souscrit aux conclusions de M. Bouilly. Pour lui, une …tion de Schrœder, bien faite, permet un accouchement facile et …ologique. C'est une opération excellente, mais difficile à bien …quer et dont les indications sont rares. Il importe donc de jeter …thème sur cette folie du Schrœder qui a gagné tous les méde-…

PORAK rappelle deux désastres obstétricaux consécutifs à des opéra-… pratiquées sur le col. Dans un cas il s'agissait d'une femme qui, …ns auparavant, avait subi une amputation du col. Elle resta plu-… jours en travail sans que le col, rigide, se dilatât. Elle mourut …e temps après la délivrance. Dans un autre cas, la rigidité cica-…lle du moignon cervical amena une rupture utérine. M. Porak …qua immédiatement la laparotomie et sutura la déchirure. La …e est actuellement guérie.

LEPAGE est d'avis que les accoucheurs devraient faire pour le col …'ils font aujourd'hui pour le périnée, c'est-à-dire suturer immédia-…nt après la délivrance les cols déchirés. On éviterait ainsi la plu-… des lésions qui nécessitent dans la suite une opération de …œder.

…tiquée correctement, cette opération de Schrœder ne peut entraî-…e dystocie grave, mais elle a des inconvénients au point de vue … marche normale de la grossesse dans les dernières semaines et …int de vue du travail.

Lepage rappelle deux observations personnelles qui sont consi-… dans le mémoire d'Audebert et une troisième observation …te. Dans un cas, il s'agissait d'une cardiaque qui n'eut qu'une …ce d'accouchement prématuré à sept mois ; il n'y a pas lieu d'incri-… le Schrœder. Dans les deux autres, des interventions atypiques …s de complications septiques avaient été pratiquées sur le col ; il … dans le premier, dystocie grave, cinq jours de travail, mort de …nt, basiotripsie à travers un anneau cicatriciel incomplètement … ; dans le second, rupture prématurée des membranes et accou-…ent prématuré. M. Lepage conclut à la nécessité : 1° d'une inter-…ion correctement exécutée suivie de réunion par première inten-… 2° d'enlever le moins p… … tissu cervical pour permettre

le développement physiologique de l'utérus gravide et l'ampliation du tissu mou pendant le travail.

M. Bouilly insiste à nouveau sur les difficultés d'exécution de l'opération de Schrœder, sur la nécessité d'en bien surveiller les suites immédiates et sur ses indications restreintes. Pour lui, le Schrœder est surtout indiqué chez des femmes ayant passé l'âge de la conception. Il en restreint l'application à des cas exceptionnels pendant la période d'activité sexuelle.

M. Pinard répond à M. Bouilly qu'en soulevant cette discussion son intention n'a jamais été de proscrire telle ou telle intervention chirurgicale, mais de mettre à l'étude, dans un milieu compétent, l'influence de telle ou telle opération sur l'avenir fonctionnel de l'utérus. C'est ainsi que M. Bouilly a pu, dans les observations mêmes de M. Pinard, en trouver qui semblent prouver l'influence heureuse d'un acte opératoire au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. Mais on ne peut nier qu'à côté de ces cas il en est d'autres où l'acte chirurgical paraît avoir eu une influence désastreuse, par exemple les observations rapportées ci-dessus par MM. Champetier de Ribes, Porak et Lepage.

M. Pinard ne nie pas d'une façon absolue que, comme l'a dit M. Bouilly, l'état pathologique préopératoire des tissus puisse à lui seul créer des conditions mauvaises pour la grossesse et l'accouchement; mais il ne saurait l'admettre dans tous les cas. Il possède en effet deux observations qui démontrent, qu'une intervention chirurgicale pratiquée sur un col sain (pour une simple sténose considérée comme obstacle à la fécondation) peut être cause ultérieurement de dystocie. Dans les deux cas, une grossesse survint et la période de dilatation, qui dépassa 48 heures, fut accidentée. Cependant il y avait eu réunion par première intention. C'est du reste M. Pozzi qui a opéré dans un de ces cas. M. Pinard espère reprendre avec lui la discussion dans la prochaine séance ; car il n'accepte pas sans réserves ce que M. Pozzi a écrit sur l'innocuité des opérations plastiques sur le col

La suture immédiate des déchirures du col dont a parlé M. Lepage aurait, sur les opérations tardives, l'avantage de ne pas entraîner d'ablation de tissus, ce qui paraît capital.

M. Oui (de Lille). **Note sur la dystocie par excès de volume du fœtus.** — M. Oui présente (à l'appui de sa candidature) une observation

datant de 1894. C'est l'histoire de l'accouchement d'une femme de 40 ans, secondipare. Le bassin était normal. La tête qui n'était pas celle d'un hydrocéphale mais d'un fœtus paraissant volumineux, restait au-dessus du détroit supérieur, malgré des contractions énergiques et régulières. Trois applications régulières de forceps au détroit supérieur sont pratiquées sans résultats. Mort de l'enfant. Basiotripsie. Extraction de la tête très pénible, des épaules facile, grâce à la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, du tronc assez laborieuse. Sans matière cérébrale l'enfant pesait un peu plus de 6 kilog., le diamètre bi-acromial mesurait 20 cent. Suites de couches apyrétiques.

Cette observation pourrait être intitulée, dit M. Oui : « Exemple de la conduite à ne pas tenir dans le cas de gros enfant. » Dans un cas semblable la seule conduite à tenir rationnelle serait l'agrandissement momentané du bassin par la symphyséotomie.

M. Queirel (de Marseille). **Présentation de la face. Présentation du front.** — M. Queirel envoie (à l'appui de sa candidature) deux observations qui ont trait aux présentations anormales face et front. La première a trait à une multipare qui accoucha après un travail court d'un enfant petit. Le dégagement s'effectua en transversale. Le bassin était normal. M. Queirel se demande si cette anomalie n'est pas due à la présence du placenta inséré sur le segment inférieur, prouvée par la mensuration des membranes. Enfin, fait remarquable malgré la rapidité du travail, l'enfant vint en état d'apnée; il fut difficilement ranimé, ne cria que le 3e jour et garda pendant quatre jours de la raucité de la voix.

La deuxième observation est celle d'une femme secondipare dont le bassin était rétréci (diamètre promonto-sous-pubien 10,5); le travail fut long, 35 heures, par défaut d'engagement. La tête finit cependant par s'engager, mais en variété frontale. M. Queirel étudie à ce propos le mécanisme de l'engagement et du dégagement de la tête dans ces présentations frontales et fait remarquer que si dans les bassins normaux la variété frontale se corrige le plus souvent spontanément au cours du travail, dans les bassins rétrécis, au contraire, il n'en est pas de même quoique l'accouchement puisse encore être spontané.

M. Thierry (de Tours). **Perforation sous-péritonéale de la paroi antérieure de la vessie et fistule vésico-cutanée à la suite d'un accouchement spontané.** — M. Thierry présente (à l'appui de sa canditature) l'observation d'une grande multipare à bassin normal, qui arriva à la

Clinique d'accouchement trois jours après un accouchement à terme spontané, avec des phénomènes de péritonisme accentué sans élévation notable de la température.

On assista à la formation lente d'une collection qui finit par pointer dans la région sus-pubienne latérale gauche. Une incision donna issue à 20 centimètres cubes de sérosité sanguinolente, puis les jours suivants à une excrétion continue d'urine.

Il s'agissait donc d'une fistule urinaire consécutive à une infiltration d'urine sous-péritonéale en rapport avec une perforation peu étendue de la paroi antérieure de la vessie.

La cause de cette perforation est très vraisemblablement la compression exercée par la tête fœtale pendant le travail. La malade a quitté l'hôpital trois mois et demi après l'accouchement.

La fistule persistait. La miction naturelle n'était pas troublée.

A. Couvelaire,
Interne des hôpitaux.

REVUE ANALYTIQUE

DE LA CÉSARIENNE VAGINALE

De la césarienne vaginale (Der vaginale Kaiserschnitt), par le professeur Acconci. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1899, Bd IX, 115. t. 3, p. 323.

Quand on parle de *cancer compliquant la grossesse*, c'est de cancer du col qu'il s'agit; car, les cancers du corps de l'utérus gravide correspondent à des extrêmes raretés : *a*) d'une part, le cancer du corps est beaucoup moins fréquent que celui du col; *b*) d'autre part, il n'atteint en général la femme que très tard, alors que son aptitude à concevoir n'existe plus.

L'opinion actuelle sur la conduite à tenir quand il y a cancer de l'utérus et grossesse est celle-ci: Lorsque le diagnostic de cancer est établi, et que les conditions requises pour l'opération existent, il faut opérer sans hésitation, que le fœtus soit viable ou non. L'extirpation totale de l'utérus, qui dans ces cas est l'opération de choix, peut être exécutée différemment suivant l'époque de la grossesse. A son début,

il faut sans conteste faire l'hystérectomie vaginale. La difficulté est de préciser jusqu'à quel moment de la gestation elle est de mise. Jusqu'à 3 mois, d'après le plus grand nombre des opérateurs. Mais on l'a maintes fois faite plus tard (Onufujeff à 4 mois, van der Mey à 5 mois, Olshausen à 4, 5 et 6 mois). Par contre, Chiarleoni dut terminer par la voie abdominale l'extirpation commencée par le vagin d'un utérus gravide de 4 mois et demi. Déterminer exactement jusqu'à quel moment on peut enlever l'utérus gravide par le vagin reste difficile, parce que des conditions multiples et éminemment variables entrent en jeu (dimensions, élasticité du vagin, développement de l'utérus, etc.). Les résultats de l'hystérectomie vaginale, en tant qu'immédiats, sont absolument bons; 25 cas communiqués par Olshausen dont 11 tirés de la statistique de Theilhaber ont fourni 25 guérisons. Ces chiffres démontrent que le pronostic de l'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus n'est pas aggravé par le fait de la circonstance de la concomitance de la grossesse.

***

La grossesse étant trop avancée, l'hystérectomie vaginale n'est plus possible. Or, pour ces cas, Olshausen, dès 1884, a conseillé l'interruption artificielle de la grossesse, et l'hystérectomie vaginale à une époque plus ou moins tardive du puerpérium : 7 cas traités ainsi (Olshausen 5, Berthod 1, Theilhaber 1) ont donné 7 guérisons.

Mais, en dépit de ces résultats *immédiats* excellents, Olshausen a abandonné lui-même sa méthode à cause des deux objections dont elle est passible : 1° la stimulation imprimée au néoplasme par la grossesse se poursuit pendant le puerpérium ; 2° les processus de régression, le travail actif de résorption qui caractérisent le puerpérium favorisent les métastases cancéreuses.

Pour parer à ces dangers, Olshausen a, dans ces derniers temps, proposé, dans les cas où l'enfant est mort ou encore non viable, l'interruption artificielle de la grossesse suivie immédiatement de l'hystérectomie vaginale.

Il existe pour les cas envisagés ici d'autres méthodes opératoires. On s'est efforcé d'éviter : *a*) la contamination de la cavité abdominale, *b*) la résorption d'éléments cancéreux et la réinfection consécutive. Dans ce but, Mackenrodt procéda d'abord à l'extirpation des masses cancéreuses avec la curette et le thermocautère et fit ensuite l'hystérectomie abdominale d'après la méthode de Martin. Pestalozza traita

à peu près de la même manière et avec succès un utérus cancéreux, gravide à 5 mois.

Hernandez, dans un cas de grossesse à 6 mois, amputa d'abord le col au thermocautère, ouvrit le Douglas et tamponna le vagin. La laparotomie faite, il pratiqua l'amputation supra-vaginale de l'utérus au-dessus d'un lien élastique, appliqué sur le segment inférieur de l'utérus et termina l'opération par l'extirpation par le vagin de ce qui restait d'utérus.

Ott et Fritsch procédèrent de même dans un cas.

Fehling adopta une autre technique opératoire dans un cas de grossesse à 6 mois. Il fit d'abord la cœliotomie, puis, au moyen de la césarienne, fit l'extraction du fœtus long de 30 centimètres et pesant 650 grammes, après quoi il pratiqua au-dessus d'un lien élastique l'excision de l'utérus, ferma l'abdomen et enleva par le vagin le moignon utérin.

Zweifel procéda de même dans 3 cas; plus récemment encore, Doyen et Péan suivirent une même méthode d'hystérectomie totale en deux temps, mais il s'agissait de grossesses parvenues à une époque plus avancée.

Quand la grossesse est arrivée à une époque ou le fœtus est viable, la méthode opératoire la plus généralement adoptée consiste dans l'opération césarienne qu'on fait suivre soit de l'extirpation vaginale totale d'après Freund, soit de l'extirpation vaginale totale, soit de l'extirpation totale en 2 temps et par la double voie (d'abord amputation supra-vaginale, puis extirpation vaginale du col et *vice-versa*).

Dans un cas de grossesse à 8 mois, Mangiagalli procéda comme suit: extirpation avec la curette des masses cancéreuses au niveau du col; libération, avec le couteau galvanique, du vagin, de ses insertions sur le col; décollement de la vessie, puis, avec l'anse galvanique, amputation élevée du col sans lésion des ligaments larges et tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. L'eschare produite sur le col par l'anse galvanique était destinée à éviter la résorption des éléments cancéreux qui restent toujours dans la cavité cervicale. Résultat bon.

Quelle est la meilleure méthode opératoire ? Au jugement d'Olshausen l'intervention par la double voie serait la moins rationnelle. On préconise beaucoup l'extirpation totale d'après Freund, précédée de l'opération césarienne. Mais, en dépit des perfectionnements réalisés par le curettage et la cautérisation des masses cancéreuses, la désinfection et le tamponnement du vagin, etc., le chiffre de la mortalité reste encore trop élevé.

Pour Olshausen, l'hystérectomie vaginale, précédée de l'opération césarienne, reste le mode opératoire de choix. Il faut, suivant lui, faire d'abord la césarienne classique, puis suturer la plaie utérine au moyen de quelques fils prenant toute la paroi, et alors seulement procéder à l'extirpation vaginale par le vagin.

De même Fritsch qui, pourtant, avait déjà obtenu 2 succès avec l'extirpation abdominale totale de l'utérus cancéreux et gravide, est actuellement un vif partisan de l'hystérectomie vaginale. Dans sa plus récente monographie, il relate un cas de cancer limité au col de l'utérus, avec une grossesse touchant à sa fin. Son intention était de faire la césarienne et l'extirpation abdominale totale. Or, un matin, il trouva la femme en travail : dilatation de 6 centimètres, orifice élastique, dilatable. Il appliqua le forceps, amena un enfant vivant, puis fit l'hystérectomie vaginale avec une facilité surprenante. *Guérison.* Chrobak et Reckmann ont rapporté, chacun, une observation presque identique.

De ce qui précède ressort le *progrès énorme qu'a fait l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer de l'utérus gravide*, dans les cas, bien entendu, justiciables d'un traitement radical.

***

Mais si l'on peut adopter l'hystérectomie vaginale sans hésiter quand il est possible d'extirper l'utérus sans son évacuation préalable, cette décision comporte des réserves quand, avant l'hystérectomie, il faut soit provoquer l'accouchement, soit faire l'opération césarienne. Dans ce dernier cas, en effet, les dangers sont multiples : risques d'infection, pertes de sang, lésions possibles, épuisement des parturientes par les fatigues du travail, etc., enfin taux de la mortalité encore assez élevé.

D'autre part, l'extirpation abdominale totale, avec ou sans césarienne préalable, entraîne des dangers sérieux. (Les dangers d'infection ne sauraient, quoi qu'on fasse, curettage, cautérisations, etc., être complètement supprimés.)

Pour ces raisons, se trouvant en présence d'une grossesse arrivée au septième mois, le col de l'utérus étant atteint de cancer justiciable, encore d'une opération radicale, mais la matrice étant trop volumineuse pour être extirpée par le vagin sans évacuation préalable. Acconci imagina un mode opératoire inspiré de l'incision sagittale médiane de la paroi antérieure du col et du corps de l'utérus, utilisée

en premier lieu par Doyen pour l'attaque et l'extirpation des fibromes sous-muqueux.

Obs. — X..., 36 ans. Entrée à la clinique le 1er juillet 1895, IXpare. Premières règles à 15 ans. 6 accouchements à terme ; 2 avortements. Dernière grossesse terminée par un avortement de 3 mois, celui-ci en novembre 1892. Suites de couches normales. Pas de maladie spéciale dans la famille. N'a jamais été malade auparavant. Depuis la dernière grossesse, d'abord quelques irrégularités menstruelles, ménorrhagies, puis, dans l'intervalle des règles, écoulement blanchâtre, peu à peu plus abondant, et qui devint fétide, etc.

État actuel. — Squelette normal ; atrophie musculaire, amaigrissement considérable, anémie profonde. Seins et organes de l'abdomen normaux.

Examen obstétrical. — En raison des pertes de sang irrégulières, pas de date précise des dernières règles ; vomissements pendant les 5 premiers mois de la grossesse actuelle. Premiers mouvements fœtaux, commencement de mai.

Utérus ovale, bien vertical, le fond arrivant à mi-hauteur entre le nombril et l'appendice xiphoïde. Extrémité fœtale au-dessus du détroit supérieur ; petites parties, dans l'hypochondre droit, doubles battements fœtaux dans le flanc gauche. Circonférence passant par l'ombilic, 91 centimètres ; au-dessous de l'ombilic, 91,5 ; distance xipho-pubienne, 36,5 ; pubio-ombilicale, 20 centimètres. Bassin normal.

Examen vaginal. — Au niveau de la lèvre postérieure du col de l'utérus, partant de la muqueuse du canal cervical, tumeur à surface inégale, se déchirant facilement, saignant beaucoup, et du volume d'un gros œuf de poule. Le doigt traverse facilement le canal cervical qui dans toute sa longueur, aussi bien en avant qu'en arrière, paraît infiltré, et a une consistance comme ligneuse. Culs-de-sac, vessie, intestin paraissent indemnes.

Diagnostic. — Grossesse à 7 mois complets, compliquée de cancer du col avec anémie profonde et nutrition défectueuse.

Par suite du siège du néoplasme qui affectait la totalité du col, l'accouchement par les voies naturelles était impossible ; par contre, on pouvait d'une intervention radicale espérer la guérison. Mais laisser aller la grossesse à terme exposait à l'extension de la néoplasie et, consécutivement, à l'impossibilité d'une intervention radicale. D'autre part, la date de la grossesse était une raison d'opérer vite, parce que le fœtus était viable. Il y avait indication à l'extraction du fœtus et à l'extirpation totale de l'utérus.

Opération, le 4 juillet 1895. — La femme chloroformisée. est placée dans la position pour l'hystérectomie vaginale. Libération du col suivant le procédé de Martin. Exérèse, avec le couteau du thermocautère Paquelin, du néoplasme et du col aussi haut que possible. Abaissement du col au moyen de 2 fortes pinces ; incision circulaire du vagin comme dans l'hystérectomie

vaginale, décollement de la vessie, incision du cul-de-sac vésico-utérin et suture du feuillet pariétal par 3 sutures à points séparés à la paroi vaginale antérieure. Incision du Douglas et également suture du péritoine viscéral à la paroi postérieure du vagin. Suture et section progressive des ligaments larges, jusqu'à possibilité d'amener en bas l'utérus. Ouverture de la cavité utérine d'abord au moyen d'une incision médiane qui, partant de la lèvre antérieure de l'utérus, se continue verticalement en haut, puis avec une incision semblable en arrière. Immédiatement la poche des eaux fait saillie hors de l'utérus. Comme cependant l'ouverture n'est pas encore assez grande pour permettre l'extraction du fœtus, et qu'on ne peut prolonger l'incision en haut, on augmente l'ouverture avec le dilatateur de Mauri. Rupture des membranes et extraction de l'enfant par la version. L'enfant extrait, on continue la ligature et la section des ligaments larges, et l'on abaisse de plus en plus l'utérus. Comme ses dimensions sont encore trop considérables pour permettre son extraction, on prolonge l'incision médiane et on extrait le délivre. Après quoi, attraction facile en dehors et excision de l'utérus, annexes comprises, après ligature du ligament infundibulo-pelvien.

Toilette soigneuse de la cavité abdominale, suture des pédicules annexiels au bord de l'incision vaginale, et tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Dans l'ensemble, hémorrhagie pas trop abondante. Toutefois, la perte de sang au niveau des parois antérieure et postérieure de l'utérus fut assez notable après l'extraction de l'enfant ; elle fut facilement arrêtée au moyen de fortes pinces.

Au réveil, l'état de la femme était assez bon et se maintint ainsi environ 12 heures. Survint alors du collapsus, heureusement combattu par l'injection intra-veineuse de 1 litre et demi de sérum artificiel. Pendant les 5 premiers jours, température normale (37°,2). Tout faisait espérer la guérison, quand le 9 juillet survinrent, peut-être à la suite d'un écart de régime, des troubles digestifs (garde-robes multiples, séreuses, abondantes), suivis de collapsus. *Mort* rapide avec les symptômes d'anémie cérébrale aiguë.

L'*autopsie* permit de conclure à la mort par *anémie générale aiguë*.

En terminant *l'auteur réclame pour lui la priorité de l'opération*, son intervention datant du 4 juillet 1895, et la première de Dührssen du 24 avril 1896.

L'opération a été encore pratiquée par Michelini (1), Winter, Pfannenstiel, Hegar, Mittermaier avec succès ; par Seiffart (insuccès), Schauta (succès).

Conclusion. — Grâce à la nouvelle méthode opératoire, la thérapie de la grossesse compliquée de cancer du col de l'utérus encore justi-

(1) Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, mars 1899, p. 181.

ciable d'une opération radicale, se trouve considérablement simplifiée. Quel que soit en effet l'âge de la grossesse, l'hystérectomie vaginable devient applicable. Au cas, en effet, où l'utérus est déjà trop volumineux pour être enlevé d'emblée par cette voie, la césarienne permet de l'évacuer, de réduire ainsi suffisamment son volume pour rendre cette hystérectomie vaginable réalisable. R. L.

Extirpation vaginale totale d'un utérus cancéreux à la fin de la grossesse (Vaginale total Exstirpation eines carcinomatösen Uterus am Ende der Schwangerschaft), H. FRITSCH. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 1.

OBS. 2. — X..., Vpare. Les 4 accouchements antérieurs normaux, faciles ; le dernier, 3 ans et demi auparavant. Grossesse actuelle : dernières règles en novembre 1896, premiers mouvements du fœtus en mars. Pertes de sang faibles, mais fréquentes. Dans l'intervalle des pertes de sang, écoulement aqueux, très fétide. Douleurs lancinantes dans l'abdomen.

État le 25 juin 1896 : vagin large, lisse. Portion vaginale du col transformée en avant en une tumeur de consistance carcinomateuse. Le cancer s'étend sur le côté droit et sur la lèvre postérieure du col. Le quart gauche et postérieur est sain. L'orifice du col constitue une fente transversale à travers laquelle le doigt pénètre et reconnaît la tête fœtale. Le cancer, étant limité, paraît justiciable d'une opération radicale. En conséquence, la résolution est prise de faire dès le lendemain l'opération césarienne et de la faire suivre de l'extirpation abdominale totale. Dans la nuit, début du travail. Le matin, à 7 heures, le col s'est dilaté ; diamètre de la dilatation, environ 6 centim. Col dilatable. En raison de ces modifications, nouveau plan opératoire. Césarienne vaginale et hystérectomie vaginale totale.

Opération : 1° Rupture de la poche des eaux, forte incision sur la partie saine de l'utérus avec les ciseaux de Smellie, application de forceps et extraction de l'enfant. L'orifice externe n'oppose que peu de résistance. Hémorrhagie modérée. Enfant à terme du poids de 2,900 grammes, long de 49 centimètres. Expression du placenta (procédé de Crédé). 2° Hystérectomie vaginale qui fut facile. Après l'opération, la femme était très faible. P. 114 à 120. Injection de 300 grammes de solution salée chaude, 5 injections d'éther camphré, etc. Suites opératoires régulières. *Exeat* le 24 juillet.

Sans vouloir aborder l'étude complète du cancer compliqué de grossesse, Fritsch se croit autorisé à formuler la proposition suivante : *il ne faut plus faire dans ces cas l'extirpation abdominale totale, ni l'opération césarienne ou le Porro avec, comme complément, l'extirpation totale par en bas ;* Dührssen en conseillant la « césarienne vaginale » a indiqué la meilleure méthode opératoire.

Le bassin est-il large, ce qui est le cas le plus ordinaire, enlever la masse cancéreuse qui obstrue la filière pelvienne. Cela fait, abaisser la portion vaginale du col. Si l'état de l'orifice externe est aussi favorable que dans le cas précédent, appliquer le forceps. Au cas d'orifice étroit ou non dilaté, section de l'utérus en avant ou en arrière, ou en avant et en arrière, si possible dans le tissu sain. Extraction de l'enfant par le procédé le plus prompt (le cas échéant, par la version). Il faut ensuite enlever le placenta immédiatement après, faire l'hystérectomie vaginale totale.

D'autre part, l'auteur estime encore que dans les cas de ruptures de l'utérus qui après l'extraction de l'enfant par les voies naturelles donnent lieu à une hémorrhagie mettant la vie en péril, l'extirpation vaginale est plus rationnelle que l'hystérectomie abdominale. R.L.

BIBLIOGRAPHIE

Sur un rare cas d'énurésie guérie par une intervention gynécologique (Di un raro caso di enuresi guarita a mezzo d'intervento ginecologico) E. Truzzi. Estratto dagli. *Atti della Soc. Italiana di Ost. e Gin.*, vol. V, anno 1898.

L'auteur montre qu'il faut, dans les cas d'incontinence d'urine, procéder à un examen attentif de la zone vésico-vaginale et ne pas se contenter d'appliquer à tous les notions thérapeutiques consacrées par *la routine.* Il cite plusieurs faits intéressants recueillis dans la littérature médicale qui mettent bien en relief l'influence pathogénique d'une condition toute spéciale, justiciable elle-même d'une thérapeutique particulière et précise. Ainsi, Frank (de Cologne) a observé un cas où l'incontinence urinaire était sous la dépendance d'une ovarite droite et où il guérit le trouble primitif en traitant le processus fondamental. Dans un autre cas, il guérit l'énurésie en libérant, au moyen de la colpotomie antérieure, le col vésical d'un cordon cicatriciel gros et douloureux qui, par tiraillement continuel, annulait la tonicité et l'action du sphincter vésico-uréthral. De même, Albarran guérit, par un acte opératoire gynécologique, un cas d'incontinence restée rebelle à tous les autres traitements, et qui se compliquait d'antéflexion de

l'utérus, d'adhérence de la vessie à l'isthme utérin, et de brièveté exagérée de la paroi antérieure du vagin. Or, l'auteur a, grâce à une intervention de même nature, obtenu la guérison, dans un cas de cet ordre.

Femme de 36 ans, atteinte dès l'enfance d'énurésie nocturne. A 16 ans, premières règles, qui s'établissent péniblement. Mariée à 17 ans, pas d'enfant. A partir de cette époque, amélioration relative de l'incontinence. Mais plus tard, l'infirmité reparut au point que l'urine était involontairement perdue même le jour, surtout à l'occasion des moindres efforts (toux, etc.). La particularité essentielle qui se dégageait de l'examen, était : une *paroi vaginale antérieure tendue et peu étoffée par défaut de développement congénital*. La portion vaginale du col de l'utérus était conique, plutôt longue, et présentait plutôt de la sténose, particulièrement vers l'orifice interne; le corps de l'utérus en état d'hypoplasie, était en rétroversion. Électricité, massage, etc. ayant échoué, l'auteur estimant que le trouble de la fonction urinaire dépendait surtout de la tension excessive de la paroi antérieure du vagin et un peu du déplacement de l'utérus, s'appliqua à corriger ces conditions anatomiques défectueuses : 1° en maintenant l'utérus en avant par l'hystéropexie abdominale, 2° en allongeant la paroi antérieure du vagin, à la façon de Skutsch, c'est-à-dire au moyen d'une incision transversale suturée dans le sens sagittal. — Depuis ce moment, la femme ne perdit plus une goutte d'urine ni le jour ni la nuit, ni aux époques des règles, époques où, jadis, l'incontinence s'accentuait.

Truzzi, conformément à l'opinion émise dans leur traité par Labadie Lagrave et Legueu, estime que, grâce aux progrès accomplis dans l'examen gynécologique et aux avantages du cystoscope, on réussira à réduire notablement la proportion des énurésies dites à tort essentielles.

R. L.

Seize cas d'opération césarienne (Sedici casi di operazione cesarea), E. Truzzi. Estratto dagli *Annali di ostetritia e ginecologia*, 401, 1899,

The opening of the New Lakeside Hospital, Hunter Robb, Extrait de *Cleveland med. Gazette* avril 1898.

De l'influence de l'extirpation des ovaires sur les modifications anatomiques dans l'utérus. The influence of extirpation (of the ovaries upon structural changes in the uterus). Hunter Robb, Ext. de *Cleveland med. Gazette*, mai 1898.

Irrigations de solutions salées et d'autres solutions en pratique chirurgicale (Irrigation witt salt solution and other fluids in surgical practice), Hunter Robb. Ext. de *l'Am. J. Obst.*, 1898, n° 6.

Venus cruenta violans interdum occidens (Ein Beitrag zur Lehre von den Verletzungen der weiblichen Sexualorgane sub coitu). F. NEUGEBAUER. *Monatssch. f. Geb. u. Gynæk.*, Bd IX.

VARIÉTÉS

Le 8e Congrès de la Société allemande de gynécologie se tiendra à Berlin du 24 au 27 mai prochain.

Les sujets traités seront :

Traitement des Myômes et *Fièvre puerpérale*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bardesco. Cystoraphie combinée à la colpo-cœlioraphie. *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie*, Bucarest, avril, mai, juin 1898, t. I, n° 2, p. 67. — **Bidone** (E.). Fibrom des Musculus obturator internus. *Monats. für Geburts. und Gynäk.* Bd IX, Marz 1899, Heft 3, p. 336. — **Casper u. Caspary.** *Allgemeine Therapie der Krankheiten der Harnorgane der austeckenden Geschlechtskrankheiten.* Vienne, Urban et Schwarzenberg, 26 feb. 1899. — **Crossen.** A vesico-vaginal opening as a Means of Bladder drainage in extensive plastic Work on the uterus. *Amer. Journal of Obstetrics*, feb. 1899, p. 179. — **De Paoli.** Studio clinico ed istologico sui casi di ginecologia curati nel bienno 1896-1898. *Archivio Italiano di ginec.*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 594. — **Dudley** (E. C.). *Diseases of women : treatise on principles and practice of gynecology.* Londres, H. Kimpton, janv. 1899. — **Fish** (E.). The uterus again. *Annals of gynecology and pediatry*, vol. XII, march 1899, n° 6, p. 379. — **Fredet.** *Recherches sur les artères de l'utérus.* Th. Paris, 1898-99. — **Gebhard.** *Pathologische Anatomie der weiblichen sexual organe.* Leipzig, S. Hirzel, 23 feb. 1899. — **Hall** (E.). Pelvic disease and insanity. *Annals of Gyn. a. Ped.*, déc. 1898, p. 145. — **Henrotin.** The indications for interference by way of the vagina in pelvic diseases. *American Gynæc. and Obst Journal*, déc. 1898, vol. XIII, n° 6, p. 529. — **Herman** (G.). *Naturgeschichte der geschlechtsliebe*, Bd I, Leipzig, A. Strauch, 15 dez. 1898. — **Herman.** *Sexualismus u. Generation*, A. Strauch, Leipzig, 10 nov. 1898. — **Humiston** (W.). The graver Nerve disturbances due to organic changes in the genital organs. *Annals of gynec. a. ped.*,

janv. 1899, p. 245. — **Krantz.** Nervöse Frauenkrankheiten. *Centralblatt f. Gynäk.*, n° 6, 1899, p. 173. — **Kossmann.** Ueber die Zweckmässigkeit der Uterusepithels. *Cent. für Gynæk.*, janv. 1899, n° 3, p. 69. — **Lefèvre (V.-Ch.).** Une forme commune de stérilité féminine. *La Gynécologie*, 1er février 1899, n° 1, p. 31. — **Manton (W. P.)**, Operative gynecology on the insane. *Medical News*, vol. LXXIV, n° 10, march, 11, 1899, p. 298. — **Max Flesch.** *Prostitution u. Frauenkrankheiten.* Frankfurt a M., J. Alt, 15 dez. 1898. — **Max Runge.** *Das Weib in seiner geschlechtlichen Eigenart.* Berlin, J. Springer, 17 nov. 1898. — **Mirabeau.** Ueber trophische Blasenstörungen nach gynäkologischen Operationen. *Centralblatt f. Gynæk.*, 18 marz 1899, n° 11, p. 296 — **Mundé (P. F.).** A case of aneurism of the uterine artery, cured by ligation of the internal iliac artery. *Medic. Rec.*, 3 déc. 1898, p. 94.— **Natzmer (H. J.).** *Das kohlensaure Gas u. seine Anwendung zur Behandlung der Erkrankungen des mannlichen u. weiblichen geschlechts Apparates sowie des Darmsystems, in besond. Bezugnahme auf die amerikan gas douche.* 2 feb. 1899, Leipzig, A. Strauch. — **Neugebauer (F.).** Venus cruenta violans interdum occidens. *Monats. für Geburts. und Gynæk.* Band IX, Marz 1899, Heft 3, p. 389. — **Otto Engström.** *Mittheilungen aus der gynækologischen Klinik.* S. Karger, Berlin, 1899. — **Paull (H.).** *Die Frau.* Vienne, W. Braumüller, 15, Dez. 1898. — **Pichevin.** A propos des opérations conservatrices sur l'utérus et les annexes. *Semaine gynécologique*, fév. 1899, n° 9, p. 65. — **Pichevin.** Chirurgie de l'utérus. *Semaine gynécologique*, Paris, 1899, p. 33. — **Racoviceano-Pitesti.** Statistique d'interventions gynécologiques. *Bullet. et mém. de la Soc. de chirurgie de Bucarest*, 1898, n° 2, p. 72. — **Rossa (E.).** *Die gestielten Anhange des ligamentum latum.* Karger, Berlin, 3 nov. 1898. — **Scherwood-Dunn.** The relation of diseases of the female generative organs to nervous and mental affections. *Annals of gyn. a. ped.*, janvier 1899, p. 219. — **Thurnim (L.).** Die Hebelklemme zur Blutstillung fur die vaginale Radikaloperation. *Centralb. für Gynæk.*, feb. 1899, n° 5, p. 138.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE.— Boldt. Eine aussergewöhnliche Verletzung bei einer versuchten Ausschabung des Uterus. *Monats. für Geburts. und. Gynæk.* Band IX, Marz 1899, Heft 3, p. 360. — **Dührssen.** Die Kautelen der Uterus-vaporisation. *Cent. f. Gyn.*, n° 11, p. 292. — **Frank c. Hammond.** The value of Ethyl Bromide in Gynæcology and Obstetrics. *Amer. gynæc. and obst. Journal.* March 1899, vol. XIV, n° 3, p. 296. — **Jayle.** Nouvelle table gynécologique. *La Presse médicale*, Paris, 15 février 1899, p. 79. — **John B. Shober.** Remarks upon the use of mammary gland and parotid gland desiccations in gynecology. *Amer. Journal of Obstetrics.* Feb. 99, p. 173. — **Martin Freund.** Stypticin, ein neues Hæmostaticum. *Monats. für Geburts. und Gynæk.* Band IX, Marz 1899, Heft 3, p. 353.— **Rebuschini.** L'organo-thérapie ovarique. *Gaz. de gynécologie*, Paris, 1899, p. 1 et 17. — **Walzer (F.).** Ueber heifse Scheidenirrigationen. *Centralb f. Gynæck.* feb. 1899, n° 7, p. 202. — **Wesley Borée.** The use and abuse of normal salt solution. *Amer. Journal of. Obstetrics*, Jan. 1899, p. 15.

VULVE ET VAGIN. — Blondel (R.). Un cas de pseudo-hermaphrodisme. *La Gynécologie*, 15 février 99, n° 1, p. 21. — **Caruso.** Sopra un

caso multo raro di ciste da echinococco dei genitali esterni muliebri. *Archivio italiano di ginec.* 31 déc. 99, n° 6, p. 592. — **Dührssen.** *Die Einschränkung des Bauchschnitts durch die vaginale Köliotomie* (Kolpocœliotomia anterior). Berlin, Karger. — **Ferroni.** Osservazioni sulla struttura delle cisti della glandula vulvo-vaginale. *Archivio italiano di ginec.*, 31 déc. 99, n° 6, p. 579. — **Freymuth et Petruschky.** Ein Fall von vulvitis gangrœnosa (noma genitalium) mit Diphterie bacillen. Behandlung mit Heilserum. Heilung. *Deutsch. med. Woch.*, 14 avril 1898, p. 233. — **Godart.** Carcinome de la glande de Bartholin. *Bull. de la Soc. belge de gynécologie et d'obstetrique*, Bruxelles, t. IX, 1898-99, n° 8. p. 157. — **Godart.** Epithélioma de la vulve. *Bull. de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, IX, 1898-99, n° 8, p. 158. — **Hans Vörner.** Ein. Fall von primärer Vaginitis gonorrhoica. *Monatschr. für Geb. und Gyn.* T. IX, H. 2, p 212 — **John Philips.** On fibromyomata of the vagina. *British Med. Journal*, Londres, 4 février 99, p. 262 — **Jung.** (**Ph.**) Ueber primäre Sarkome der vagina bei Erwachsenen, *Monasts, fur. Geburts. und Gynæk.* Baud IX, Marz 1899, Heft 3, p. 373. — **Lallich.** 42 Kieselsteine in der Vagina eines 16 jahrigen Madchens. *Centralb. fur Gynæk.* fév. 99, n° 7, p. 262. — **Lanelongue.** Sur un cas de kyste suppuré du vagin d'origine wolffienne. *Rev. de Gynéc., Obst. et Pédiatrie de Bordeaux*, janv. 99, p. 25. — **Le Clerc.** Vulvo-vaginites des petites filles. *L'Année médicale* de Caen, 1899, n° 1, p. 10. — **Mekerttschiantz.** Hæmatoma vulvæ post coitum primum und post partum, ein Fall. *Monats. fur. Geburts. und Gynæk.* Band IX, Marz 1899, Heft 3, p. 143. — **Merletti** (**C.**). Sui rapporti clinici ed anatomo patologici della Vulvite pruriginosa col cancroide e colla Cancrosi vulvare. *Archivio di ostetricia e ginecologia*, anno VI, feb. 99, n° 2, p. 65. — **Neugebauer** (**F.**). Kasuistik des pseudo-hermaphroditismus. *Centralb. f. Gynæk.* feb. 99, n° 5, p. 139. — **Siebourg.** Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus. *Deutsch. med. Woch.* n° 23, 9 juin 1888, p 367. — **Solowij** (**A.**). Ein Beitrag zum Pseudo-hermaphrodismus. *Monat. f. Geb u. Gyn.* Bd IX, Hft. 2, p. 210. — **Tapié de Céleyran.** Sur un cas d'élytrocèle postérieure, Th. Paris, 1898-99, n° 250. — **Truzzi.** Estirpazione. della vagina e dell'utero secondo Martin per epitelioma vaginale primitivo. *Annali di Ostetricia e Ginec.*, anno XXI, feb. 99, n° 2, p. 157 — **Vigevani et Casarini.** Contributo allo studio delle vulvo vaginite delle bambine. *Riforma medica.* 30 nov. 1898, p. 161. — **W. Duff. Bullard.** Elephantiasis of the vulva with report of a case. *Medic. Rec.*, n° 9, 28 janv. 99, p. 128.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. Andrew J. Downes. Myomectomy during pregnancy. *American gynæc. and obst. Journal.* déc. 1898, vol. XIII, n° 6, p. 582. — **Bastian** De la cure radicale du cancer du col utérin par la voie abdominale. *Revue médicale de la Suisse romande*, 19e année, n° 3, 20 mars 1899, p. 200. — **Beckmann.** Zur histologie und histogenese der Uterussarkome. *Zeits. fur Geburts. und Ginæk.* XI Bd., 2 Heft 1899. p. 287. — **Bleich.** Bemerkung zü dem Aufsatz von Dr Petersen : Zwei Fälle von amputatio uteri gravidi myomatosi supravaginalis. *Monats. fur Geburts. und Gynæk.* Band IX, März 1899, Hft 3, p. 388. — **Ehrendorfer.** Zur Achsendrehung des uterus durch Geschwülste. *Monats. fur Geburts. und Gynæk.* Band IX, Marz 99, Heft. 3, p. 301. — **Godar.** Cancer du col utérin. *Bull. de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, t. IX, 1898-99, n° 8, p. 159. — **Gottschalk.** Zur Behandlung des ulcerinden

inoperablen cervix carcinoms. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 3, p. 79. — **Hassel (Van)** La colpotomie dans les collections pelviennes. *Annales médico-chir. du Hainaut.* Paturages, janv. 1899, p. 10. — **Henry Bernard.** Fibromyôme utérin calcifié ; pierre utérine. *Bulletins de la Soc. anatomique*, 6e série, t. I, fév. 99, p. 198. — **Heaman** et **Leslie Durno**. A case of inversion of uterus by a fibroid. Enucleation of fibroid and reposition of uterus. *Brit. med. Journ.*, fév. 1899, p 469. — **Holocoko**. Zur Achsendrehung des uterus durch Geschwülste. *Centralblatt fur Gynæk.*, 11 März 1899, n° 10, p. 270. — **Hunter Robb**. A case of endothelioma lymphangiomatodes of the cervix uteri. *The American journal of the medical sciences.* Philadelphia, janv. 1899, p. 14. — **Halliday Croom**. Vaginal hysterectomy for cancer. *Edinburgh med. Journal*, March 1899, p. 249. — **Irish**. Abdominal hysterectomy for cancer of the cervix. *The Boston Med. and Surg. Journal.* vol. CXL, n° 11. 16, Marz 1899, p. 251. — **Iwanow**. Totale vaginale exstirpation einer während der Geburt rupturirten Gebarmutter. *Cent. f. Gyn.* 1899, n° 2, p. 33. — **Jacobs**. Cure radicale du cancer utérin par la voie abdominale. *Bulletin de la Société belge de gyn. et d'obst.*, t. IX, 1898-1899, n° 9, p. 166. — **Jousselin**. *De la dégénérescence muqueuse ou myxomateuse des fibromes de l'utérus.* Th. Paris, 1898-99, n° 272. — **Keiffer**. De l'infiltration suppurée du corps utérin dans l'ulcération carcinomateuse. sa localisation. *Bull. de la Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique.* Bruxelles, t. IX, 1898-99, n° 8, p. 155. — **Kreutzmann (H.)**. Diabetes mellitus and carcinoma uteri. *Am. J. Obst.*, déc. 1898, p. 846. — **Landau (L.)**. Wann muss ein myom des uterus operirt werden? *Die Therapie der Gegenwart.* janv. 99, 1 Heft, p. 27. — **Lauro**. Indicazionie tecnica operativa dell'amputazione del collo dell'utero. *Archivio di ostetricia e ginec.* Gen. 1899, n° 1, p. 31. — **Loevy**. Ligature des artères de l'utérus dans un cas de cancer utérin. *Bulletins de la Soc. anatomique*, 6e série, t. Ier, fév. 99, p. 134. — **Lawson Tait**. The treatment of « Unavoidable Hemorrhage » by removal of the Uterus. *Medical Record*, vol. LV, n° 9, March 4, 1899, p. 307. — **Marchesi**. Ulteriore contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori ovarici. *Archivio italiano di Ginec.*, 31 déc. 99, n° 6, p. 569. — **Mauclaire**. Sur trois cas de cancer du col utérin traités par l'hystérectomie abdominale totale. *Bullet. et mém. de la Soc. de chirurg.* Paris, janvier 1899, p. 1188. — **Micholitsch (Th.)** Ein Fall von Achsendrehung des uterus durch ein gestieltes Myom. *Zeits. fur Geburts. und Gynæk.* XL Bd , 2 Heft, 1899, p. 276. — **Otto v. Franqué.** Ueber sarcoma Uteri. *Zeits. fur Geburts. und. Gynæk.* XL Band, 2 Heft 1899, p. 183. — **Petersen Ernst.** Zwei Falle von amputatio uteri gravidi myomatosi supravaginalis. *Monatschr. f. Geb. u Gyn.* t. IX, Hr, p. 217. — **Pichevin** (R.). A propos du cancer utérin. *Sem. gynécol.*, 7 fév. 99, p. 41. — **Pichevin.** Hystérectomie et cancer utérin. *Semaine gynécologique*, mars 1899, p. 73. — **Pinzani.** Ricerche sperimentali intorno agli effetti dell'amputazione della portio sulla nutritione dell'utero. *Annali di ost. e ginec.* 1898, n° 12, p. 881. — **Polk** (W. M.). Suprapubic hysterectomy with intraperitoneal treatment of the stump in pregnancy at term for obstructed Labor. *Medical Record*, vol. LV, n° 9, March 4, 1899, p. 305. — **Purslow.** A suggested modification in the technique of the operation of pan hysterectomie. *Lancet*, 1899, t. I, p. 299. — **Riddle Goffe.** Hysterectomy for puerperal sepsis ; with report of a case. *Medical News*, N.-Y, 1899, I, 103. — **Ries** (E.). Results of the extented ope-

ration for carcinoma of the uterus. *American gynec. and obst. Journal*, déc. 1898, vol. nº VI, p. 570. — **Roncaglia.** Dell' isterectomia abdominale totale. *Archivio italiano di ginec.*, 31 déc. 99, nº 6, p. 541. — **Rouffart.** Laparo-hystérectomie pour fibrome utérin et abcès du ligament large droit. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898-99, nº 7, p. 138. — **Rouffart.** Notes sur quelques cas d'hystérectomie abdominale, etc. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898-99, nº 7, p. 125. — **Sapelli.** Della isterectomia vaginale. *Archivio italiano di ginec.*, 31 déc. 99, nº 6., p. 585. — **Skene (A.).** Myomectomy by a New Method. *American gynec. and obst. Journal*, mars 99, vol. XLV, nº 3, p. 235.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Dudley (E. C.).** General Principles Indications and Contra Indications of Mechanical Support for Uterine Deviations. *Amer. gynæc. and. obst. Journal*, March 99, vol. XLV, nº 3, p. 241. — **Franklin H. Martin.** Electricity in the Mechanical Treatment of Malposition of the Uterus. *Amer. gynæc. and obst. Journal*, March 99, vol. XIV, nº 3, p. 249. — **Inglis Parsons.** A new method of treatment for prolapse of the uterus with notes on 10 cases of procidentia, *Lancet*, 1899, t. I, p. 292. — **Jacobs.** Résultats tardifs d'opérations plastiques dans le prolapsus génital total externe. *Bulletin de la Soc. belge de gyn. et d'osbt.*, t. IX, 1898-1899, nº 9, p. 163. — **Krantz.** *Diagnose u. Therapie der nervosen Frauenkrankheiten in Folge gestörter Mechanik der Sexual Organe.* Wiesbaden, J. F. Bergmann, 5 februar 99. — **Lima (Alvès de).** *De la fréquence des lésions annexielles dans les rétro-déviations douloureuses de l'utérus en dehors de la grossesse.* Th. Paris, 1897-1898, nº 57. — **Mackenrodt.** Zur operation bei Retroflexio uteri. *Centralblalt f. Gynæk.*, 25 feb. 99, nº 8, p. 220. — **Mas (J.).** Condicions anatomiques i gynecologiques de l'hysterorraphia inguinal. *La Gynecologia catalana*, Aug. II, 15 déc. 98, 15 janv. 99, Nums. 5-6, p. 131. — **Pichevin.** Retrodéviation utérine et colpohystéropexie antérieure. *La Semaine gynécologique*, Paris, 21 juin 99, p. 57. — **Pichevin.** Usage de pessaires dans les rétrodéviations utérines. *La Semaine gynécologique*, 21 mars 1899, p 89. — **Sprigg** (W. M.). Pessaries in the treatment of Retroversion of the Uterus. *Am. J. Obst.*, déc. 1898 p. 862. — **Watkins (T. J.).** Tampons and Pessaries in the Treatment of Displacement of the Uterus. *Amer. gynæc. and obst. Journal*, March 1899, vol. XIV, nº 3, p. 258. — **William H. Rumpe.** The use of Massage in Malpositions of the Uterus. *Amer. gynæc. and obst. Journal*, March 99, vol. XIV, nº 3, p. 256.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, etc. — **Bovis (R. de).** Les corps étrangers de l'utérus. *Semaine médicale*, 1898, p. 115. — **Heinrich Schultz.** Beitrage zur Pathologie und Therapie der Uterus-gonorrhoe. *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.*, 1899, XL Bd, I Heft, p. 93. — **Kentmann (H.).** Myometritis œdematosa und Sondenperforation. *Monast. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1898, t. VIII, p. 333. — **Pichevin.** Traitement des métrites chroniques. *La Semaine gynécologique*, Paris, 14 février 99, p. 49. — **Pollosson.** Utérus bifide. *Soc. des sciences médicales. L'Écho méd. de Lyon*, 15 janvier 1899, nº 1, p. 25. — **Saborit.** Principals indicacions i contra-indicacions del rasclament uteri. *La Gyn. catalana.* Novembre 1898, p. 65. — **Schuh (M.).** A case of atrophie of Uterus. *Med. Record*, décembre 1898, p. 914. — **Wardwicke.** The Topical Use of Quinine in Leucorrhœa. *The Lancet*, janvier 1899,

p. 26. — **Witthauer**. Zwei nicht gewöhnliche Falle von Hœmatometra und Hœmatosalpinx. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. IX, H 2, p. 205.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES ; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; DÉPLACEMENT DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Brothers** (**A.**). Hydrosalpinx Complicated by Incomplete Abortion and Simulating Ectopic gestation. *Amer. Journal of Obstetrics*, feb. 99, p. 176. — **Castillo** (**F.-V.**). *De la colpocœliotomie sans hystérectomie dans l'extirpation des lésions utéro-annexielles.* Th. de Paris, 1897-1898, nº 93. — **Ely Van de Warker**. The Relations of Pelvic cellulitis to Recent Pelvic surgery. *American Gynæc. and Obst. Journal*, février 1899 nº 2, p. 113. — **Guéniot**. Hydrosalpinx chez une vieille femme. *Bulletin de la Société anatomique*, 6ᵉ série, t. I, janvier 1899, p. 108. — **Jonneson**. Castratia abdominala totala pentru lesioni septice utero annexiale. *Revista di chirurgia,* Bucarest, déc. 1898, t. II, p. 508. — **Lauwers**. Tuberculose des deux ovaires. *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, t. IX, 1898-1899, nº 8, p. 153. — **Pichevin**. De l'appendicite chez la femme. *Semaine gynécologique*, mars 1899, p. 97. — **Pryor**. Why i Perform Vaginal Ablation in Pelvic Inflammatory Cases. *Am. J. Obst.*, décembre 1898, p. 817. — **Rousseau**. *De la péritonite blennorrhagique chez la petite fille*, th. Bordeaux. — **Stratz** (**C.-H.**). Zur Behandlung der Beckenperitonitis. *Centralblatt f. Gynæk.*, nº 6, 1899, p. 165. — **Wertheim**. Zur Technik der Exstirpation von Hæmatocelen. *Centralblatt f. Gynæk*, 11 Marz 1899, nº 10, p. 265. — **Wiart** (**P.**). Hernie inguinale congénitale de la trompe gauche. *Bulletin de la Soc. anatomique*, 6ᵉ série, t. I, janvier 1899, p. 59. — **William O. M. Donald**. Pelvic Neuritis or inflammation of the Pudic Nerwe in Women. *Amer. Journ. of Obstetrics*, feb. 1899, p. 156. — **Yordanoff** (**I.**). *Recherches cliniques et bactériologiques des salpingo-ovarites.* Th. Paris, 1897-1898, nº 127.

NÉOPLASME DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. OVARIOTOMIE. — **Baldy**. Ovarian Cyst Protruding through the Inguinal Canal. *Am. J. Obst.*, décembre 1898, p. 827. — **Burcklard** (G.). Ueber cystische Eierstockstumoren endotheliar Natur. *Zeits. für Geburts. und Gynæk.*, XL Bd, 2 Heft., 1899, p. 253. — **Chancey D. Palmer**. What is the Proper Field of Salpingooöphorectomy. *Amer. Journal of Obstetrics*, january, 1899, p. 1. — **Deaver**. Peritonitis, Cause, Twisted Ovarian Pedicle. *Am. J. Obst.*, décembre 1898, p. 832. — **Duncan**. A case of rapidly growing ovarian tumour complicating pregnancy ; ovariotomy, recovery. *Lancet*, 1899, t. I, p. 300. — **Emile Ries**. Steinbildung in Ovarinm. *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.*, 1899, XL, Bd I, Heft, p. 73. — **Gaston Latteux**. Sur une tumeur dermoïde mixte incluse dans le ligament large. *Revue de Gynécologie*, fév. 1899, nº 1, p. 39. — **Gersuny** (**R.**). Ueber partielle Exstirpation des Ovariums. *Centr. fur Gynæk.*, Feb. 1899, nº 5, p. 129. — **Griffon**. Fibromyôme aborigène du ligament large. *Bulletins de la Soc. anatomique*, 6ᵉ série, t. I, janvier 99, p. 79. — **Kingman** (**R. A.**). Report of a second case of double ovariotomy during pregnancy with hydatiform mole. *The Boston Med. and Surg. Journal*, vol. CXL, nº 8, 23 feb. 99, p. 185. — **Lauro**. Degenerazione maligna di una cisti dermoïde dell'ovario sinistro. *Archivio di Ost. e Ginecol.*, décembre, 1898, p. 721. — **Lyot** et **Rebregend**. L'angiotripsie appliquée à l'ablation des annexes. *Revue de Gynécologie*,

fév. 1899, n° 1, p. 61. — **Mowat**. Note on a rapidly growing Ovarian tumour complicating pregnancy; ovariotomy, Miscarriage. Recovery. *Lancet*, 25 fév. 1899, p. 513. — **Narbonne**. *Kystes du canal de Nuck*. Th. Paris, 1898-99. — **Phocas**. L'ovariotomie. *Le Nord médical*, mars 1899, n° 106, p. 49. — **Pin**. Tractament consecutive a les ovarotomies. *La Gynec. Catalana*, novembre 1898, p. 88. — **Pinzani**. Ricerche sperimentali intorno ad alcune modificazioni portate dalla castrazione ovarica sul ricambio materiale e sulla costituzione del sangue. *Archivio italiano di ginec.*, 31 déc. 99, n° 6, p. 571. — **Stanley Boyd**. Remarks on oophorectomy in the treatment of cancer of the breast. *British Med. Journal*. Londres, 4 février 99, p. 257.

ORGANES URINAIRES. — **Bacon (C. S.)**. Ætiology of Movable Kydney. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, fév. 99, n° 2, p. 143. — **Calderini**. Transperitoneale Einpflanzung des Ureters in die Blase behufs Heilung d. Ureter Gebärmutterfistel. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. IX, n° 2, p. 174. — **Courtles**. *De la cystoscopie chez la femme*. Th. Paris, 1898-99, n° 251. — **Depage**. Rupture de l'ovaire. Hémorrhagie intra-péritonéale foudroyante, laparotomie. Guérison. *Annales de la Société belge de chirurgie*, Bruxelles, avril 1898, t. VI, p. 53 — **Edebohls (G. M.)**. The relations of movable kidney and appendicitis to each other and to the Practice of modern Gynæcology. *Medical Record*, vol. 55, n° 10, march 11, 1899, p. 341. — **Grant Baldwin**. Complete incontinence of urine. *American Gynæc. and Obst. Journal*, février, n° 2, p. 131. — **Gustav Fütterer**. Symptoms and Diagnosis of Movable kydney with Report of Eighteen Cases. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, Feb. 99, n° 2, p. 151. — **Hadra (B. E.)**. Wanderniere und Appendicitis. *Centralblatt. f. Gynæk.*, 4 Marz 99, n° 9, p. 245. — **Kahn (E.)**. Noch 2 Falle von Vesico Vaginalfistlen operirt nach W. A. Freund. *Centr. f. Gynæk.*, feb. 99. n° 7, p. 198. — **Kolischer**. *Die Erkrankungen der weiblichen Harnhöhre u. Blase*. Vienne F. Deuticke, 17 nov. 98. — **Landau**. Der Harnleiterkatheterismus in Gynækologie. *Berl. klin. Wochensch.*, 1899, n° 2, p. 39. — **Mc Arthur**. The Surgical Treatment, of movable kidney. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, Febr. 99, n° 2, p. 168. — **Mackenrodt**. Die operation der Ureterfisteln und Ureterverletzungen. *Centralblatt. f. Gynæk.*, n° 12 25 März 1899, p. 318. — **Morestin**. Laminaire engagée dans l'uréthre et la vessie d'une jeune femme et retirée par la taille uréthrale. *Bulletin de la Soc. anatomique*, 6e série, t. I, fév. 99, p. 130. — **Paul F. Mundé**. Complicated case of vesicoutero-vaginal fistula, cure; *Medical Record*, N. Y., janv. 1899, p. 77. **Romm (G.)**. Neubildung einer zerstörten weiblichen Harnröhre unter Anvendung der Gersun J'schen Methode der Sphinkterenbildung. *Centralblatt f. Gynæk.* 25 Feb. 99, n° 8, p. 227. — **Romm**. Vier Blasen Scheiden fisteln operirt nach den neuen Verfahren von W. A. Freund. *Centralb. f. Gynæk.*, Feb. 99, n° 7, p. 193. — **Sänger (M.)**. Zur abdominalen Uretero-cysto-anastomosis bei Ureter Genitalfisteln. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* T. IX, H. 2, p. 187. — **Stehman (H. B.)** Symptoms and Diagnosis of Movable Kidney. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, feb. 99, n° 2, p. 162.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Pinard et Segond**. Grossesse extra utérine diagnostiquée au 6e mois, opérée près du terme. *Bulletins de l'Académie de Médecine*, t. XLI, n° 11, séance du 14 mars 1899, p. 309.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Baldy**. Abdominal Section Some Three Months after Vaginal Section. *Am. J. Obst.*, décembre 1898, p. 825. — **Barlow**. Two cases of Intussusception in infants treated by abdominal section and reduction : recovery. *Lancet*, 1899, t. I, p. 291. — **Charles P. Noble**. Abdominal Section on a Patient suffering from Exophtalmicgoitre. *American Gynæc. and Obst. Journal*, déc. 1898, vol. XIII, n° 6, p, 587. — **John B. Deaver**. Suture of the Wound after Abdominal Section. *Amer Journal of Obstetrics*, Janv. 1899, p. 25. — **Joseph Price**. Abdominal versus vaginal Section in Pelvic Surgery. *American Gynæk. and Obst. Journal*, december 1898, vol. XIII, n° 6, p. 522. — **La Torre**. A propos de la suture abdominale. *La Gynécologie*, 15 fév. 99, n° 1, p. 1. — **Littlewood**. Seven cases of volvulus treated by abdominal section ; three recoveries. *Lancet*, 1899, t. I, p. 428. — **May Thome**. After effects of abdominal Section. *British Med. Journal*, Londres, 4 février 1899, p. 264. — **Pond**. The Advantage of intestinal Drainage in certain cases of Appendicitis and Other Abdominal Inflammation. *Am. J. Obst.*, décembre 1898, p. 829.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Hammond**. A Resume of one Thousand cases of Labor. *Am. J. Obst*, décembre 1898, p. 855. — **Keller (A.)**. *Die Gesichtslagen in der geburtshilflichen Klinik zu München* i. d. J. 1892-1893. Inaug. Diss. Munich.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Schnell (Ferdinand)**. Bindegewebszellen des Ovarium in der Gravidität. *Zeits. für Geburts. und Ginæk*, XL Bd, 2 Heft, 1899, p. 267 — **Fothergill**. The fonction of the decidual cell. *The Edinburgh Med. Journal*, mars 1899, p. 265. — **Hub. Peters**. *Ueber die Einbettung des menschlichen Eies u. das früheste bisher bekannte menschliche Placentationsstadium*. Wien, 1899. — **Keiffer**. Recherches nouvelles sur l'ovogenèse. *Bulletin de la Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, t. IX, 1898-1899, n° 10, p. 19. — **Lange**. Die Beziehungen der Schilddrüse zur Schwangerschaft. *Zeitschrift fur Geburts. und Gynæk.*, 1899, XL Bd. 1 Heft, p. 34. — **Ludwig Blumreich**. Syncytiale Wanderzellen und Syncytium malignum. *Zeitsch. f. u. Gynæck.*, 1899, Bd, II, Heft. 1, p. 133. — **Marchand**. *Beitræge zur Kenntnis der Placentarbildung. Die Placenta des Kaninchens*. 27 oct. 1898, Marbourg -- **Muggia**. Sopra alcuni diametri pelvici materni e fetali. *Annali di Ostetricia e Ginec.* anno XXI, sep. 1899, n° 2, p 136. — **Peters (H.)**. *Ueber die Einbettung des menschlichen Eies u. das fruheste bisher bekannte menschiche Placentationsstadium*. Wien J. Deuticke, 23 Feb. 99. — **Rudolf Spuler**. Beiträge zur Histologie der Blasenmole. *Zeitschrift fur Geburts. und Gynæk.*, 1899, XL, Bd, I Heft, p. 129.

GROSSESSE. — **Hyper (B.M.)**. The case and management of the prenant woman. *Medical News*, N.-Y., 1899, 1, 134. — **Le Clerc**. Grossesse nerveuse avec faux travail sur laquelle vient se greffer, au sixième mois, une grossesse normale. *Année médicale de Caen*, 24ᵉ année, n° 3, 15 mars 1899, p. 33 — **Preston (J. H.)**. Hygiene of Pregnancy. *Annals of Gynecology and Ped.*, vol XII, Feb. 99, n° 5, p. 302. — **Trotta**. Per la gravidanza cervicale. *Archivio Italiano di Ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 597.

DYSTOCIE. — **Gifford Nash.** Note on a labour obstructed by a pelvic ovarian tumour. *Lancet*, 1899, I, 89. — **Cordemans.** Grossesse développée dans un utérus renfermant plusieurs fibromes interstitiels. *Bulletin de la Société Belge de Gyn. et d'Obst.*, t. IX, 1898-1899, n° 9, p. 179. — **Eberlin.** Ueber zwei Geburten bei Scheidenatresie. *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.*, 1899, XL Bd, I Heft, p. 12. — **Fournier.** De la conduite à tenir dans les bassins rachitiques. *Le Nord médical*, Lille, 1 janvier 1899, p. 7. — **Otto v. Weiss.** Deformation des Beckens veranlasst durch eine cystische Geschwulst im unteren Abschnitt der Wirbelsäule. *Monats. für Geburts. und Gynæk.* Band IX, März 1899, Heft 3, p. 308. — **Pichevin** A propos de la dystocie causée par certaines opérations gynécologiques. *Semaine gynécologique*, 14 mars 1899, p. 81. — **Sodan (E.).** *Ueber Schwangerschaft im rudimentaren Nebenhorn.* Inaug. Diss. Königsberg. — **Stanley P. Warren.** Dystocia due to Accidental Hemorrhäge with Clinical Notes of four cases *Amer. Journal of Obstetrics*, Feb. 1899, p 162. — **Wagner (A.).** Drei Geburtsfälle bei Uterus septus. *Zeits fur Geburts. und Gynæk.* XL Bd, 2 Heft, 1899, p. 244.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Becker.** Zur Behandlung der Tubargravidität mittels vaginaler Köliotomie nebst ergänzenden Bemerkungen zu den Indicatione dieser operationsmethode bei anderweitigen Aduexerkrankungen. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 2, p 36. — **Benham Lucas.** A case of Tubal gestation with Rupture and Fatal Hæmorrhage at a very Early Period of Pregnancy. *The Lancet.* March 25, 1899, p. 827. — **De Strauch**. Cinq cas de grossesses extra-utérines répétées. *Revue de Gynécologie*, fév. 1899, n° 1, p. 51. — **Doléris (A.).** Hémorrhagies tubo-ovariques et grossesse extra-utérine. *La Gynécologie*, 15 février 1899, n° 1, p. 8. — **Johann Veit.** Zur Behandlung früher Extrauterinschwangerschaften. *Zeitschrift für Geburts. und Gynäk.*, 1899, XL Bd, I Heft, p. 151. — **Orthmann.** Zwei Fälle von sehr frühzeitigen Unterbrechung einer Eileiterschwangerschaft, nebst Bemerkungen zur Therapie. *Deutsche medic. Woch.*, Leipzig, 1899, p. 28 — **Phocas.** De la grossesse extra-utérine. *Le Nord médical*, 15 janvier 1899, p. 13. — **Pond**. Ectopic or Extra-uterine Pregnancy. *Med. Record*, déc. 1898, p. 909. — **Racoviceano-Pitesti.** Grossesse extra-utérine opérée par voie vaginale. *Bullet. et mém. de la Soc. de chirurgie de Bucarest*, 1898, n° 2, p. 62. — **Ross (J.).** Ectopic Gestation Occurring Twice in the same Patient, two operations and two recoveries. *Am. J. Obst.*, décembre 1898, p 850. — **Rouffart.** Trois cas de grossesse extra-utérine. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898-99, n° 7, p. 119. — **Schober.** Ectopic Gestation Associated with Primary Tuberculosis of the Fallopian Tube. *Am. J. Obst.*, décembre 1898, p. 836. — **Tricomi.** Gravidanza ectopica protratta *Riforma medica*, 14 déc. 1898, fig. 733. — **Higgins (J.L.).** Extrauterine gestation. *Amer. Journal of Obstetrics*, janv. 1899, p. 57.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Albertin.** Malformation congénitale utéro-vaginale avec indépendance complète du vagin et de l'utérus. *Bull. de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1899, n° 4, p. 3. — **Bilhaut.** Malformations congénitales multiples chez un nouveau-né. *Revue médicale*, n° 245, 15 mars 1899, p. 75. — **Boursier (A.).** Sur un cas d'absence congénitale du vagin. *Revue mensuelle de Gyn. d'Obst. et de Pædiatrie de Bordeaux*, t. I, fév. 1899, p. 64. — **Burckhard.** Zwei Doppelmissbildungen. *Zeitschrift für Gebürts. und Gynäk.*, 1899,

XL Bd, I Heft, p. 20. — **Chaumier**. A quel âge se forme la fontanelle antérieure. *Gazette médicale du Centre*, 4e année, n° 3, mars 1899, p. 45. — **Cramer (H.)**. Der Argentumkatarrh der Neugeborenen. *Centralblatt f. Gynäk.*, 4 März 99, n° 9, p. 242. — **Hochsinger**. Angeborener Defect des uropoetischen Systems u. totaler Fruchtwassermangel. *Wiener Medizin. Presse*, 1899, n° 3, p. 98. — **Jameson (P.C.)**. Observations on the Prophylaxis of ophtalmia Neonatorum. *Medical Record*, vol. 55, n° 9, March 4, 1899, p. 314. — **Keiffer**. Quelques monstres rhino et cyclo-céphaliens. *Bulletin de la Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, t. IX, 1898-1899, n° 10, p. 183. — **Kusmin**. Ein vereinfachtes aseptisches Verfahren bei der Verbindung und Behandlung der Nabelschnur. *Centralblatt f. Gynäk*, März 1899, n° 10, p. 267. — **Marchand**. Ueber die Fortdauer der automatischen Herzcontraktionen nach dem Tode bei Neugeborenen. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 3, p. 65. — **Resinelli**. Contributo allo studio della peritonite fetale. *Annali di Obstetricia e Ginec.*, anno XXI Feb. 99, n° 2, p. 89. — **Tridondani**. Diagnosi di morte del prodotto del concepimiento. *Annali di Ostetricia e Ginec.*, anno XXI, Feb. 99, n° 2, p. 164. — **Wright (E. S.)**. Partial Absence of Uterus and Vagina. *Amer. Journal of Obstetrics*, Feb. 99, p. 184.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Acconci**. Der vaginale Kaiserschnitt. *Monats, fur Geburts. und Gynæk.* Band IX, März 1899, Heft 3, p. 323. — **Boyd (G.-M.)**. An Elective Cæsarean Section. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal*, march 1899, vol. XIV, n° 3, p. 293. — **Braun Fernwald**. Zur Kranioklastfrage. *Centr. fur Gynæk.*, janv. 1899, n° 3, p. 73. — **Crysewicz**. Zwei Fälle von sectio Cæsarea ausgeführt mit querem Fundalschnitt nach Fritsch. *Centralblatt f. Gynæk.*, n° 12, 25 März 1899, p. 313. — **Démelin**. De l'embryotomie rachidienne. *Archives de thérapeutique clinique*, 2e année, n° 3, mars 1899, p. 62. — **Dickinson**. The combinest Trendelenburg-Walcher Posture in Obstetric Operating, with Notes on other Postures. *Am. J. Obst.*, déc. 1898, p. 785. — **Dührssen**. Der vaginale Kaiserschnitt. *Monats. für Geburts. und Gynæk.* Band IX, März 1899, Heft 3, p. 333. — **Earle**. A case of tumour of the uterus complicated by twin pregnancy, cæsarean section, recovery. *Lancet*, 1899, t. I, p. 86. — **Guzzoni degli Ancarani**. Contributo alla storia del taglio cesareo sulla donna agonizzante. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 12, p. 893. — **Lucette Home**. An interesting case of Cæsarean section in private practice. *The Lancet*, janv. 1899, p. 156. — **Morisani**. Dieci casi di parto cesareo. *Archivio di Ostetricia e Ginec.* Gen., 1899, n° 1, p. 40. — **Palmer (S.)**. Cæsarean section in a generally contracted Pelvis with a True Conjugate of seven centimetres minus. *The Boston Med. a. Surg. J.*, déc. 1898, p. 621. — **Pasquale Grégorio**. L'embriotomia in taluni casi di distocia. *Riforma medica*, 15 déc. 1898, p. 745. — **Spinelli**. Nuovo processo per provocare il parto prematuro. *Archivio Italiano di Ginecologia*, 31 déc. 1899, n° 6, p. 529. — **Truzzi**. Sedici casi di operazione cesarea. *Ann. di Ostet. e Gynecologia*, janv. 1899, t. XXI, p. 1. — **Whitridge Williams**, The cause of the conflictings Statements concerning the Bacterial contents of the vaginal secretion of the pregnant Woman. *Am. J. Obst.*, déc. 1898, p. 807.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Baer**. Neglected Miscarriage and retained secundines. *The Phyladelphia Polycl.*, décembre 1898, p. 571.

— **Baumm** (P.). Ueber den Begriff des Puerperalfiebers und die praktische Bedeutung der Definition der Krankheit. *Centralblatt f. Gynæk.*, 18 März 99, n° 11, p. 289. — **Berry**. Parturition followed by a brain lesion involving the Speech and certain motor centres. *Lancet.* 1899, t. I, p. 439. — **Blailock**. (W. R.), Treatment of Eclampsia *Annals of Gynec. and Ped.*, vol. XII, Feb. 99, n° 5, p. 307. — **Bong**. Ueber einen neuen durch Secale cornutum bedingten Fall von Uterusruptur. *Deutsch. med. Woch.* n° 21, 26 mai 1898, p. 336 — **Böschen** (J.). *Ueber diffuse puerperal-septische Peritonitis*. Ing. Diss. Berlin, janv. 99. — **Bué**. Des hémorrhagies de la délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré. *Le Nord médical*, Lille, 15 février 99, p. 43. — **Brunton**. Case of post-partum eclampsia with recovery. *The Lancet.*, n° 3941, March, 11, 1899, p. 688. — **Bumm**. Zur Definition des Begriffs « Puerperalfieber ». *Centralblatt f. Gynæk.*, n° 6, 1899, p. 161. — **Carstens**. A case of Rupture of the Body of the Uterus during Confinement ; Celiotomy. *Am. J. Obst.*, décembre 1898, p. 852. — **Delore**. Placentite microbienne. *L'Echo médical de Lyon*, 15 janvier 99, n° 1, p. 1. — **Dickinson** (R.). Dangerous Thinning a Elongation of the Lower Uterine Segment : Including three cases of Rupture. *Amer. Gynec. and Obst. Journal*, March 1899, vol. XIV, n° 3, p. 280. — **Duret**. Des pyohémies utérines puerpérales. *La Semaine gynéc.*, 17 fév. 1899, p. 17. — **Edward P. Davis**. Two cases of Sacro-iliac Disease in Parturient Women. *Amer. Journal. of. Obstetrics*, janv. 1899, p. 51. — **Fieux**. De l'opportunité de l'accouchement provoqué dans l'éclampsie de la grossesse. *Revue mensuelle de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie de Bordeaux.*, t, I, fév. 99, p. 74. — **Francis D. Kendall**. Two cases of rupture of the uterus. Post Mortem cæsarean Section. One child saved. *Annals of Gynecology and Pediatry.*, vol. XII, march., 99, n° 6, p. 385. — **Frank Ford**. Eclampsia with a report of two cases. *Annals of Gyn. a. Ped.*, décembre 1896, p. 162. — **Green** (Charles M.) A case of puerperal septicemia treated by supportives and stimulants, recovery, *Boston med. and surg.* Janvier 1899. I, 114. — **Greene Cumston**. Premature separation of the Placenta. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XII, march 99, n° 6, p. 365. — **Henrh Perey**. Gurettement in Puerperal Fever. *Annals of Gynecology and Pediatry*, vol. XII, march 99, n° 6, p. 375. — **Leopold Meyer**. Ueber Darmverschliessung wahrend der Schwangerschaft und Geburt. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. IX, H. 2, p. 159. — **Lutherb. Peter**. Prolonged Retention of a Dead Embryo within the Uterus. *Am. Gynec. and Obs. Journal*, fév. 99, n° 2, p. 138. — **Malcolm Storer**. On retrodisplacements of the pregnant uterus. *The Boston Med. and Surg. Journal*, vol. CXL, n° 10, march. 9, 1899, p. 228. **Marx** (S.) — The More Unusual Forms of Puerpueral Hemorrhage. *Medical News*, vol. LXXIV, n° 9, march 4, 1899, p. 259. — **Merletti**. Profilassi del l'eclampsia puerperale secondo le moderne vedute intorno alla sua patogenesi. *Archivio italiano di Ginec.*, 31 déc. 99, n° 6, p. 576. — **Miguel Carbo**. Retrodesviacions del utero en estado de Gestacion. *Anales de Obstetricia, Ginecopatia i Pediatria*, ano XIX, feb. 99, Num. 219, p. 33. — **Moriarta** (D. C.) Empyema complicating the Puerperium. *Amer. Gynæc. and Obst. Journal.*, feb. 99, n° 2. p. 171. — **Ostermayer**. Ein durch Kochsalzinfusionen geheilter Fall von schwerster Sepsis post-abortum. *Centralblatt f. Gynæk.*, n° 12, 25 Marz 1899, p. 324. — **Parisot**. Pathogénie et traitement de l'éclampsie. *Revue int. de méd. et de chirurgie*, mars 1899, p. 91. — **Perey** (A.). Curettement in puerperal Fever. *Annals of Gynecology*

and Ped., vol. XII, feb. 1899, n° 5, p. 291. — **Piccoli** (**G.**). Cura dello aborto evitabile. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia,* anno VI, Feb. 99, n° 2, p. 101. — **Piering** (C.). *Ueber den Abortus*. Berlin, Fischer's med. Buchh. 9 Feb. 1899. — **Pohl** (**J.**). *Beitrag zur Lehre von Placenta praevia an der Hand. 467 Fällen.*, Inaug. Diss. Berlin. — **Resinelli.** Osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche su di un caso di Corio-epitelioma maligno. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 12, p. 914. — **Roudino**. Ricerche sperimentali sulla patogenesie e sull'istologia patologica dell infezione endo-uterina post-partum. *Archivio di Ostetricia e Ginec.*, Gen., 99 n° 1, p. 1. — **Secheyron**. Des accidents de la grossesse dans les utérus avec petits fibromes. *Archives médicales de Toulouse*, 5e année, n° 6, 15 mars 99, p. 105. — **Shearer** (**T. W.**). Symptomatology of puerpueral Eclampsia. *Annals of Gynecologia and Ped.*, vol. XII, Feb. 99, n° 5, p. 311. — **Sintenis** (**E.**). Ein Fall von incarcerirter Inguinalhernie bei Graviditat. *Centralblatt f. Gynäk.*, 4 Marz 99, n° 9, p 248. — **Tate.** Puerperal gangrene. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 98, p. 501. — **Taylor.** (**F. W.**). Diabetes Mellitus and Pregnancy. *The Boston Med. and Surg. Journal*, vol. CXL, n° 9, March 2, 1899, p. 205. — **Vignolo**. Di alcune particolari alterazioni delle membrane dell'uovo umano in caso di rottura prematura e precoce. *Annali di Ostetrica e Ginec.*. anno XXI, Feb. 99, n° 2, p. 120. — **Von Koblanck**. Zur puerperalen Infection (Zweiter Theil.). *Zeitschrift für Geburts. und Gynäk.*, 1899, XL Bd. I Heft, p. 85. — **Walter C. Wood.** Post puerperal psoïtis. *Annales of Surgery*, N.-Y., feb. 1899, p. 143. — **Westphalen**. Behandlung des Uterus gravidus incarceratus mit dem. elastischen Ballon. *Centralb. f. Gynæk.*, Feb. 99, n° 5, p. 144.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Braun Fernwald**. Zur Kranioklastfrage. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 3, p. 73. — **Clinton Edgar**. The practical application of asepsis in normal labor. *Med. Record.*, New-York, vol. 55, n° 6, p. 193. — **Ella Blaybock-Atherton**. Salicin used in a case of Puerperal Fever. *Annals of Gynecology and Ped.*, vol. XII, Feb. 1899, n° 5, p. 299. — **Harms** (**G.**). *Üble Zustande bei Gebarmutterausspülungen in Wochenbett.* Inaug. Diss. Bonn. janv. 1889. — **Schrader** (**Th.**). Noch ein Wort zur Kranioklastfrage. *Centralblatt f. Gynæk.*, 25 Feb. 1896, n° 8, p. 217.

VARIA. — **Caw** (**J.**). Albuminuric retinitis with special reference to its occurence during pregnancy. *Medic. Rec. N.-Y.*, 28 janv. 1899, p. 127. — **Decio**. Congetture sull'epoca della introduzione del forcipe in Milano. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 12, p. 903. — **Dührssen.** *Vademecum der Geburtshülfe u. Gynækologie*, Berlin, Karger. — **Freygang**. *Die Einschrankung der weiblichen Fruchtbarkeit durch Verhutung der Empfangnis*, Leipzig, A. J. Schlöffer, 27 oct. 1898. — **Joaquin Cortiguera**. Parto en un cadaver. *Anales de Obstetricia Gynecopatia y Pediatria*, ano XIX, marzo 1899, p. 65.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

CONSIDÉRATIONS
SUR LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN
PAR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE (1)

PAR MM.

L. Picqué, Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

et

P. Mauclaire, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

Résumé historique et considérations préliminaires.

Il n'est pas besoin de rappeler en détail les grandes étapes du traitement chirurgical du cancer utérin. En 1829, Récamier pratique le premier une hystérectomie vaginale *méthodique*. En 1830, Delpech propose l'hystérectomie abdominale totale. Mais si, grâce à la ligature méthodique des ligaments larges proposée et pratiquée par Récamier, les malades ne mouraient pas souvent d'hémorrhagie, elles succombaient presque toutes à la septicémie et les chirurgiens se résignaient à recourir, soit au traitement palliatif des cautérisations ignées ou autres, soit à l'amputation intra-vaginale du col utérin, et celle-ci était faite

(1) Ce mémoire est le développement du rapport présenté par M. Picqué, en décembre 1898, à la Société de chirurgie à propos de trois observations de M. Mauclaire. Dans ce nouveau travail nous laissons de côté les sarcomes de l'utérus, le déciduome malin et les cas de cancer compliqués de grossesse. A ce dernier point de vue, voir NOBLE : onze cas de cancer compliqués de grossesse, traités par l'hystérectomie abdominale totale. *The Americ. J. of obst.*, 1896, t. XXXIII, p. 873, et CH. BOSCHE. *Cancer utérin et grossesse.* Thèse Paris 1897.

soit au ras des insertions vaginales (Osiander), soit un peu au-dessus (amputation conoïde de Récamier) (1).

Avec l'antisepsie commence une aurore nouvelle. Le 30 janvier 1878, Freund pratiquait avec succès sa première hystérectomie abdominale totale pour cancer, et son opérée vivait encore en 1893.

Le 1er février 1878, Schrœder pratiquait pour la première fois l'amputation supra-vaginale du col par la voie vaginale. Mais sa malade mourut du fait de l'opération.

Le 12 août 1878, Czerny faisait sa première hystérectomie vaginale pour cancer et préconisa dès lors beaucoup cette méthode opératoire.

Mais après quelques tentatives isolées l'opération de Freund tomba momentanément dans l'oubli, sa technique opératoire étant encore insuffisante. Or, d'après Ahlfeld (2), en 1880, 7 opérations donnèrent 71 p. 100 de mortalité. Par contre, l'hystérectomie vaginale gagna beaucoup de terrain. Ch. Pawlik cherche même à enlever par la voie basse le tissu cellulaire péri-utérin et, pour ne pas risquer de couper l'uretère, il le cathétérisa au préalable. Linkenheld (3) avait proposé aussi depuis longtemps de racler ce tissu cellulaire pelvien.

Or, d'une part, les récidives fréquemment observées peu de temps après l'hystérectomie vaginale et, d'autre part, les progrès de la technique opératoire survenus dans la chirurgie abdominale, la position inclinée de Trendelenburg entre autres, devaient fatalement conduire les chirurgiens à revenir à l'opération de Freund, et même à la perfectionner. Déjà en 1881 ce remarquable opérateur avait songé à enlever tous les ganglions envahis par le cancer au cours de l'hystérectomie abdominale. Ce fut surtout à partir de 1890 que ces « larges extirpations »

(1) Pour plus de détails historiques, voir PICHEVIN et S. BONNET. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 273.

(2) Cité d'après F. BARFOUR. Hystérectomie vaginale pour cancer. *British med. J.*, 22 mai 1897.

(3) Cité d'après HEGAR et KALTENBACH. *Traité de Gynéc. opérat.* Traduction française de BAR, p. 341.

furent pratiquées par Rump, Gusserow, Hofmeier, Veit, Zweifel, von Rosthorn, etc., en Allemagne; par Clark (1896), Russell, Kelly, Mann, Pryor, Riess (1895), en Amérique et en Angleterre; par Rouffart et Jacobs, en Belgique. En France, il nous semble que la première opération de ce genre fut faite par le professeur Terrier (1896), puis par Quénu, Michaux, Reynier, Legueu, Faure, Hartmann, etc., pour ne citer que les chirurgiens qui ont publié leurs observations. De même que dans le cancer du sein on fait le curage de l'aisselle, de même dans le cancer de l'utérus ces différents opérateurs ont résolu de poursuivre le néoplasme presque dans ses derniers ganglions en pratiquant « l'évidement du bassin ».

Au moment où cette opération semble renaître, il nous paraît opportun de l'étudier avec ses nouveaux perfectionnements et en elle-même et comparativement avec la méthode rivale beaucoup plus modeste, l'hystérectomie vaginale.

Toutefois, pour être utile, cette étude doit être précédée des quelques considérations préliminaires suivantes.

Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques.

A. — *Étant donné que le pronostic opératoire de l'hystérectomie abdominale totale est plus grave que celui de l'hystérectomie vaginale,* **existe-t-il une variété de cancer utérin, à évolution lente** *pour le traitement de laquelle la simple hystérectomie vaginale pourrait être considérée comme relativement suffisante ?*

La réponse à cette question semble être actuellement négative.

En ce qui concerne les variétés différenciées suivant le siège initial, il semble que le *cancer du col* et le *cancer de l'isthme* aient une marche plus rapidement envahissante que le *cancer du corps*. Les *variétés ulcéreuses*, *végétantes*, ou *infiltrées* ne sont à considérer qu'au point de vue de la technique opératoire. Il semble que la *variété superficielle* siégeant sur la

muqueuse vaginale du col ait une marche moins rapide que la *variété cavitaire;* celle-ci envahit rapidement le corps de l'utérus et les tissus péri-utérins, la vessie et le rectum surtout. La *variété infiltrante* ou *nodulaire* du col a aussi une marche rapidement envahissante.

Quant aux variétés histologiques (1), que l'épithélioma soit *pavimenteux* ou *tubulé*, ou *cylindrique* ou *atypique*, il ne semble pas qu'il y ait de grandes différences dans l'envahissement périphérique et dans le retentissement ganglionnaire. Le *carcinome encéphaloïde* est le seul que l'on observe, car le *carcinome squirrheux* de l'utérus n'est pas décrit par les histologistes. Toutefois Goullioud admet chez les femmes âgées une forme squirrheuse sans grande sécrétion, presque sans hémorrhagies et à marche très lente. Verneuil (2) considérait la variété cylindrique comme moins grave et conservant pendant longtemps la bénignité des adénomes. L'attention est attirée actuellement sur la transformation possible de certaines métrites en cancer (3). Cependant, les données acquises sur ce point sont encore trop vagues pour pouvoir nous être utiles au point de vue qui nous intéresse.

Russel (4), après avoir étudié les métastases et les récidives post-opératoires du cancer utérin, conclut en distinguant les trois variétés suivantes : 1) Les cancers de la portion vaginale du col (celle qui est revêtue d'un épithélium pavimenteux) ont une grande tendance à envahir les parois vaginales, soit par propagation directe, soit par envahissement du tissu sous-muqueux.

D'après Russell, le *cancer de la portion intra-vaginale du col est le plus souvent un épithélioma ayant peu de tendance à la métastase.* 2) Le *cancer de la portion sus-vaginale*

(1) Voir CORNIL et BRAULT, *Société anat.*, janvier 1888, et CORNIL, Histologie de l'épithélioma du col utérin. *Journ. des connaissances médicales*, 1889, p. 44.

(2) VERNEUIL. *Archives générales de médecine*, janvier 1884.

(3) BRIGGS. *British med. Journ.*, 30 octobre 1897.

(4) RUSSEL. The operative significance of metastases and post-operative recurrence in carcinome of the uterus. *Americ. Journ. of obst.*, 1896, p. 851.

du col est, le plus souvent, un adéno-carcinome de nature très maligne, car il gagne rapidement le tissu conjonctif péri-utérin et la vessie. 3) Le *cancer du corps de l'utérus* est souvent un adéno-carcinome justiciable de la cure radicale.

Quant à Winter (1), dans son étude sur les récidives du cancer de l'utérus il insiste surtout sur le rôle de l'inoculation opératoire. C'est dans le cas de cancer du corps que celle-ci est rare, cela tient à ce que le néoplasme ne touche pas les bords de la plaie.

Enfin M. Texier (2) pense que « la forme interstitielle et la forme ulcéreuse sont les plus malignes ; la forme végétante évolue moins vite et donne des résultats opératoires beaucoup plus favorables ».

En somme, aujourd'hui comme il y a douze ans nous pouvons dire, avec M. Bouilly (3), que « la variété histologique importe peu au point de vue pratique. Cependant la récidive est fréquente dans la muqueuse vaginale après le cancer superficiel du col ; elle se fait surtout dans le tissu péri-utérin quand le cancer débute par un nodule infiltré dans le col ou par l'invasion de la muqueuse du col ». Cette incertitude tient évidemment à notre ignorance actuelle sur la nature même du cancer. Quelle que soit la variété histologique du cancer, la première opération à faire devrait donc, en principe, porter non seulement sur l'utérus, mais sur les tissus péri-utérins, les ganglions principalement. *Il est donc évident qu'aucune variété de cancer ne peut être traitée radicalement par l'hystérectomie vaginale.* Par la voie abdominale peut-on enlever tous les tissus et surtout tous les ganglions dégénérés ? Voyons donc si ceux-ci sont nombreux et où ils siègent.

B. — **Territoire lymphatique de l'utérus**. — Voici la description du territoire lymphatique de l'utérus et de ses annexes

(1) WINTER. *Centrabl. f. Gynæk.*, 1893, p. 524.

(2) TEXIER. *Indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer du col de l'utérus.* Thèse Bordeaux, 1897.

(3) BOUILLY. Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Semaine méd.*, 1886, p. 474.

d'après les recherches de Morgagni, Cruiskank, Mascagni, Fridolin, Léopold, Sappey, Cruveilhier, Lucas-Championnière, Mierjewsky, Poirier, Wallich, Peiser.

Donnons tout d'abord le résumé de la description de M. P. Poirier :

Les *vaisseaux lymphatiques du col utérin* nés des couches muqueuse et musculaire apparaissent sur toute la périphérie du col en formant de véritables cercles lymphatiques à directions transversales ; ils cheminent dans le tissu cellulaire péri-utérin, convergent vers les parties latérales du col, se placent ensuite autour de l'artère et de la veine utérine en se dirigeant comme ceux-ci transversalement en dehors. Ils passent en arrière de l'uretère, suivent le bord inférieur du ligament large, gagnent la paroi latérale du bassin et finalement ils se jettent dans les ganglions lymphatiques situés dans l'angle de bifurcation de l'artère iliaque primitive. Ceux-ci sont au nombre de deux ou trois. Le plus élevé de ces ganglions occupe le sommet de l'angle que forment l'iliaque externe et l'hypogastrique ; il répond au détroit supérieur du bassin et recouvre en partie la veine iliaque externe. Les deux autres ganglions, plus petits, sont placés le long et en avant de l'artère hypogastrique, par conséquent dans la cavité pelvienne et appliqués à la paroi interne de celle-ci au niveau du bord externe ou pelvien du ligament large. Dans cette description M. Poirier n'admet pas l'existence du ganglion lymphatique péri-cervical décrit par M. Lucas-Championnière ; il n'y a à ce niveau qu'un plexus, un enroulement lymphatique.

Les *lymphatiques nés du corps de l'utérus* convergent vers les angles utérins ; ils s'engagent dans le bord supérieur du ligament large, s'accolant à l'artère utéro-ovarienne ; ils suivent le trajet de celle-ci pour remonter jusqu'à un groupe de ganglions lombaires situés au-devant de la veine cave et de l'aorte et à des ganglions situés au-devant des vaisseaux iliaques primitifs, ceux-ci allant se continuer avec ceux de la veine cave et ceux de l'aorte, l'ensemble de ces ganglions formant ainsi une chaîne non interrompue.

Quelques lymphatiques de l'utérus se rendent encore aux ganglions de l'aine par le ligament rond ; ce groupe de lymphatiques naît surtout de la partie de l'utérus qui répond à l'insertion utérine de ce ligament ; aussi « l'inflammation ou la dégénérescence des ganglions inguinaux au cours d'une affection utérine permet de supposer que l'affection occupe la partie supérieure et antérieure du corps de l'organe » (Poirier).

Les deux groupes de lymphatiques, ceux du col et ceux du corps, sont unis par des anastomoses au niveau de l'isthme.

Les valvules dans ces lymphatiques ont leur concavité dirigée vers les ganglions lymphatiques ; mais il ne faut pas exagérer l'importance de la direction des valvules dans le système lymphatique; l'évolution rétrograde est fréquente d'après Cruiskank, Strauss, Reklinghausen, Sappey, Poirier.

Les *lymphatiques de la trompe, ceux de l'ovaire*, s'anastomosent avec ceux du bord de l'utérus et vont aux ganglions lombaires.

Les *lymphatiques du tiers supérieur du vagin* se confondent avec ceux du col et se rendent aux ganglions placés dans la bifurcation des deux artères iliaques. Les lymphatiques du *tiers moyen du vagin* suivent le trajet de l'artère vaginale et se rendent à un ou deux ganglions situés sur les côtés du rectum, dans les angles du bouquet artériel que forment la vaginale, l'ombilicale et l'iliaque interne (Poirier).

M. Poirier a beaucoup insisté sur des lymphatiques qui se développent dans les adhérences péri-utérines. Ce fait est très important au point de vue qui nous intéresse, car au cours de l'envahissement du bassin par le néoplasme, la propagation se fait non seulement par contiguïté et par la voie lymphatique normale, mais aussi par des lymphatiques anormaux qui se développent dans des adhérences utéro-vésicales, ou utéro-rectales. La vessie est fréquemment envahie par le cancer, et cependant il n'y a pas de lymphatiques qui vont normalement de l'utérus à la vessie (1). Cette propagation rapide et souvent pré-

(1) Voir PASTEAU. *État du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate.* Thèse Paris, 1898.

coce doit se faire, à notre avis, par les troncs lymphatiques néoformés dans les adhérences.

Russell (1) a repris dernièrement l'étude des ganglions tributaires de l'utérus ; sa description est semblable à celle de M. Poirier dont il semble ignorer les recherches. Il émet une affirmation qui peut avoir son intérêt, c'est que : chez une malade, des ganglions lombaires hypertrophiés considérés comme néoplasiques étaient simplement inflammatoires, car le microscope n'y décela aucun élément cancéreux.

Les recherches de Peiser (2) ont confirmé, en grande partie, la description de Cruveilhier et celle de Poirier. Les lymphatiques de l'utérus se rendent : 1° aux ganglions iliaques externes de chaque côté de l'artère iliaque externe ; 2° aux ganglions hypogastriques dans l'espace compris entre les vaisseaux iliaques externes et hypogastriques ; 3° aux ganglions sacrés latéraux sur les parties latérales de la face antérieure du sacrum (les ganglions sacrés, médians, appartenant au rectum, sont situés dans le méso-rectum ; 4° aux ganglions lombaires situés devant l'iliaque primitive, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale. La bifurcation de l'aorte marque la limite entre les ganglions lombaires inférieurs et supérieurs. Les lymphatiques du col vont aux ganglions iliaques internes; ceux-ci forment une première étape dans l'envahissement ganglionnaire. Pour Peiser, les lymphatiques du col se rendent aussi aux ganglions sacrés latéraux placés sur la veine hypogastrique et ces ganglions sont en communication directe avec les ganglions hypogastriques et les ganglions lombaires. Ceux-ci sont la dernière étape des lymphangites cancéreuses du col et du corps utérin.

Quant aux troncs lymphatiques eux-mêmes, qui partent du col, ils présentent la topographie suivante : Deux ou trois troncs

---

(1) RUSSELL. The operative significance of metastase and post-operative recurrence in carcinome of the uterus. *Americ. J. of obst.*, 1866, p. 851.

(2) PEISER. Cancer du col utérin et hystérectomie abdominale totale. *Zeitschrift f. Geburt. und Gynäk.*, 1898, t. XXXIX, 2e fascicule, p. 259. Voir à la fin du travail de Peiser une bibliographie complète sur les lymphatiques utérins.

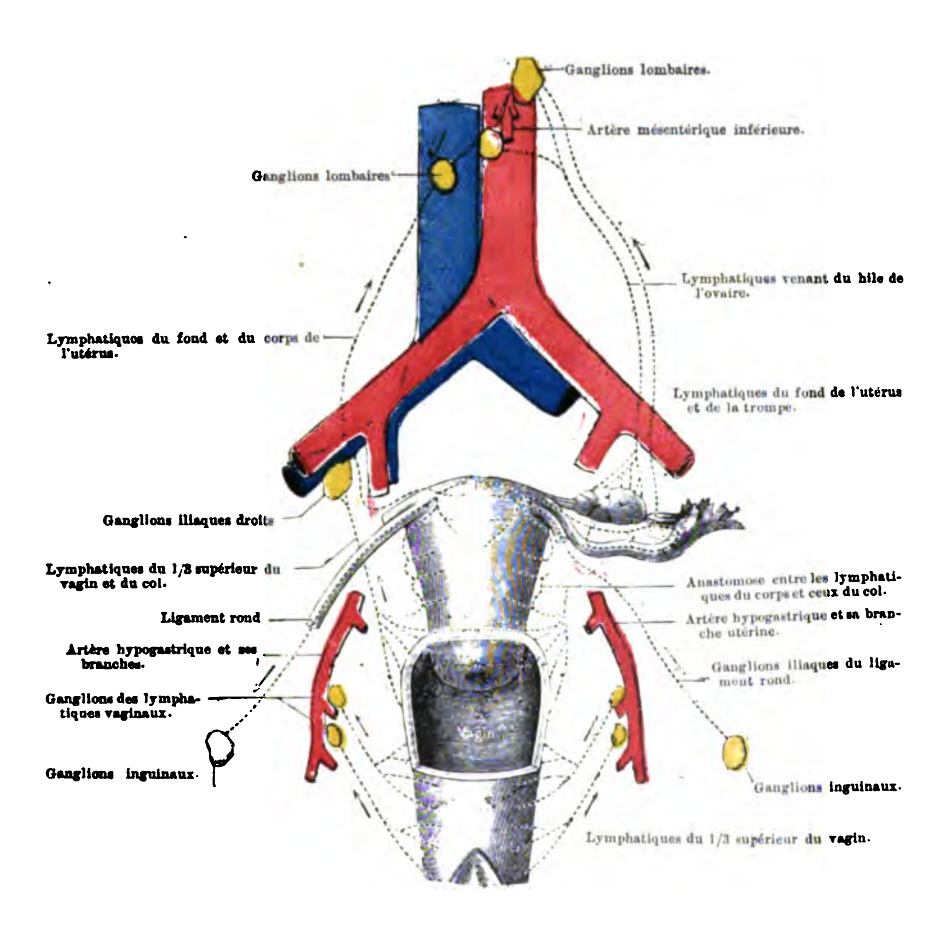


PLANCHE I

Système ganglionnaire dépendant de l'utérus (Schéma d'après Poirier).

G. Steinheil, Éditeur.

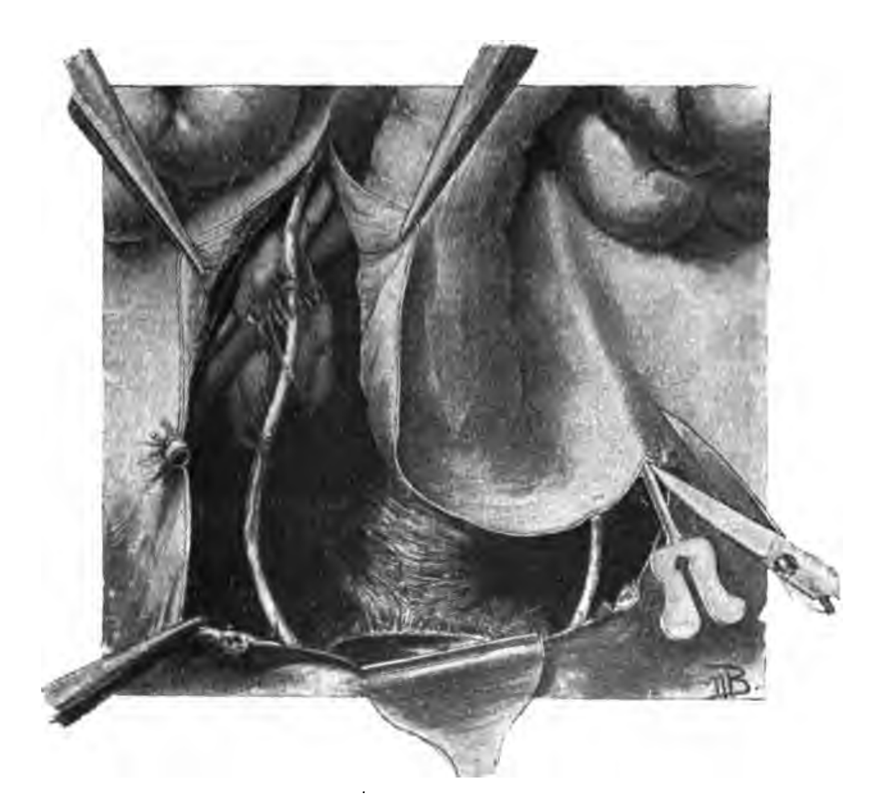


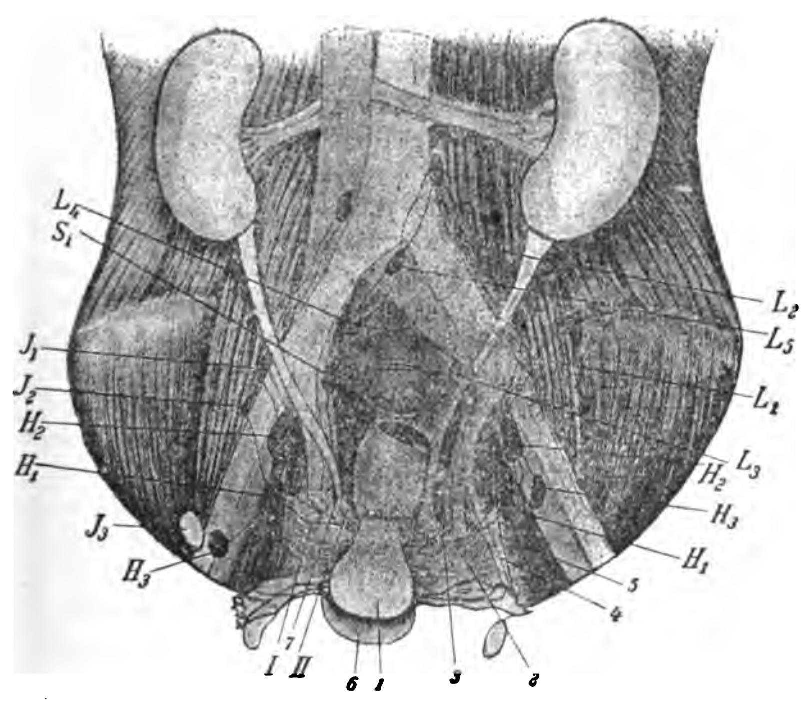
PLANCHE II (d'après Clark).

A gauche on voit le mode de section du péritoine. — A droite le péritoine est ouvert, on voit les ganglions lymphatiques iliaques. — Des bougies ont été placées dans les uretères, ce qui les rend plus saillants. En dehors de l'uretère droit on voit les moignons de l'artère utérine liée.

G. Steinheil, Éditeur.

suivent l'artère utérine dans la base du ligament large, croisent l'uretère, les vaisseaux hypogastriques, l'artère et le nerf obturateur et aboutissent aux ganglions de l'iliaque interne.

D'autre part, deux ou trois autres troncs lymphatiques cervicaux suivent d'abord le ligament large, puis ils se dirigent en arrière à travers le ligament utéro-sacré, vers la paroi pos-



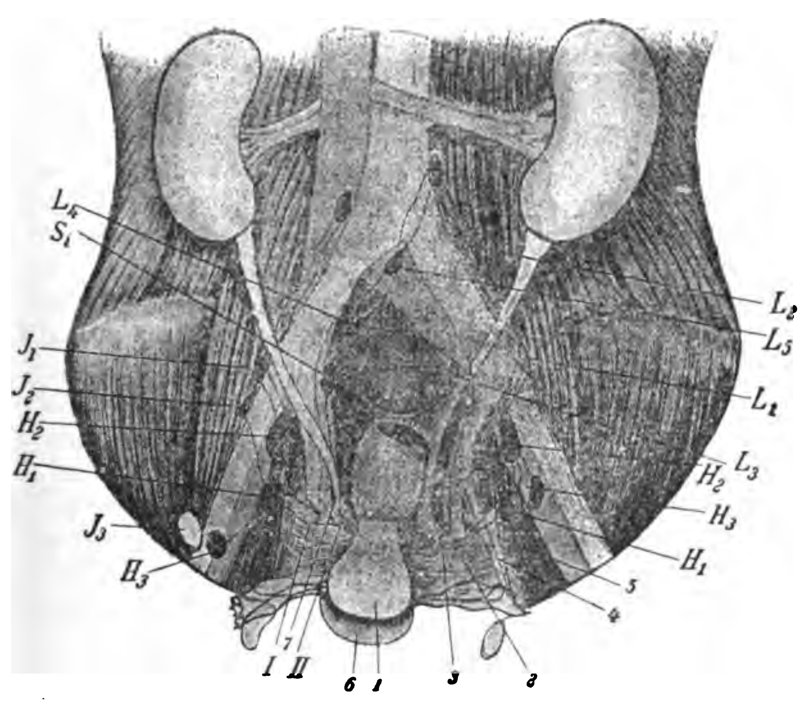
Système ganglionnaire dépendant de l'utérus (d'après PEISER).

térieure du bassin, où ils se jettent dans les ganglions sacrés placés près de la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs.

C. — **Quelles sont les lésions des lymphatiques et des ganglions dans les cas de cancer utérin?** — De tout temps les chirurgiens se sont préoccupés des lymphatiques et des adénites cancéreuses dans le cas de cancer utérin. Mais ils étaient obligés de les respecter. Puisque actuellement par la voie abdomi-

suivent l'artère utérine dans la base du ligament large, croisent l'uretère, les vaisseaux hypogastriques, l'artère et le nerf obturateur et aboutissent aux ganglions de l'iliaque interne.

D'autre part, deux ou trois autres troncs lymphatiques cervicaux suivent d'abord le ligament large, puis ils se dirigent en arrière à travers le ligament utéro-sacré, vers la paroi pos-



Système ganglionnaire dépendant de l'utérus (d'après PEISER).

térieure du bassin, où ils se jettent dans les ganglions sacrés placés près de la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs.

C. — **Quelles sont les lésions des lymphatiques et des ganglions dans les cas de cancer utérin?** — De tout temps les chirurgiens se sont préoccupés des lymphatiques et des adénites cancéreuses dans le cas de cancer utérin. Mais ils étaient obligés de les respecter. Puisque actuellement par la voie abdomi-

nale il faut chercher à les enlever, nous devons nous efforcer de préciser leur date d'apparition, leur topographie, leur envahissement, etc.

En 1863, Winter conclut des statistiques de Wagner, Blau, Dybowsky et des siennes que le cancer n'envahit pas les ganglions avant d'avoir envahi les ligaments larges. Mais cette opinion est erronée et s'explique par ce fait que l'auteur n'avait pas fait d'examen histologique et cette erreur est importante à relever, car le chirurgien se souviendra qu'il ne peut affirmer avoir à sectionner dans des tissus sains que si l'examen histologique a été pratiqué. C'est là un fait évident, mais il a besoin d'être rappelé.

D'après Roger Williams (1), sur 78 cas d'autopsie, il y avait des ganglions néoplasiés évidents dans 56 cas et il est facile de constater que chaque ganglion néoplasié devient un nouveau centre d'irradiation. Les ganglions iliaques sont pris dans 56 p. 100, des cas. Les ganglions lombaires sont rarement envahis seuls (2 fois sur 78 cas); les ganglions inguinaux étaient néoplasiés 6 fois sur 78 cas ; les ganglions mésentériques 3 fois. L'adénopathie sus-claviculaire gauche a parfois été notée deux ans avant la mort; c'est cependant le plus souvent un signe de la fin. Quand tous ces ganglions suppurent, dit Williams, c'est que l'infection pyogène vient le plus souvent de l'ulcération initiale.

D'autre part, les recherches de Peiser, confirmées par celles de Riess, sont bien désespérantes. Se basant sur les travaux de Dittrich, Cruveilhier, Pawlick, Russell, Peiser affirme que les *vaisseaux et les ganglions lymphatiques du col sont touchés dans 50 p. 100 des cas, au moment où la malade vient consulter le chirurgien*. De plus, pour Mackenrodt, Seelig, Gussenbauer, Schuchardt, Clark, *même dans les cas où le cancer du col paraît être tout à fait au début de son évolution et*

(1) Roger Williams. Morphologie du cancer de l'utérus. *British Gynec. Journal*, janvier, février 1896, analysé dans la *Semaine gynécologique*, 1896, p. 165.

que la malade présente des ligaments larges et des culs-de-sac en apparence parfaitement sains, les ganglions lymphatiques sont déjà touchés dans la plupart des cas. Mais, suivant nous, Peiser schématise un peu trop les étapes de l'infection ganglionnaire, quand il dit que la première étape est représentée par les ganglions hypogastriques et les ganglions latéraux, la deuxième par les ganglions iliaques externes; la troisième par les ganglions lombaires inférieurs. Suivant nous, une de ces étapes peut être brûlée pour ainsi dire par les greffes cancéreuses.

De plus, les ganglions lombaires ne représentent pas, à proprement parler, la dernière étape de l'envahissement du cancer utérin, car on peut observer encore l'adénopathie à très longue distance. Celle-ci s'explique par des greffes cancéreuses qui siègent dans le canal thoracique (cas de Chaput) (1), puis dans le triangle sus-claviculaire gauche (Troisier) (2), etc. Pour expliquer l'adénopathie inguinale, Martin admet une circulation lymphatique à rebours se faisant des ganglions iliaques aux ganglions inguinaux. Il faut admettre plutôt avec Troisier une lymphangite cancéreuse se faisant aux dépens des lymphatiques du ligament rond.

L'adénopathie à très grande distance peut être précoce, car nous avons constaté une phlegmasie du bras gauche au début d'un cancer du col utérin, chez une de nos malades de la Pitié.

On pourrait croire que les ganglions néoplasiés sont moins abondants dans le cancer de corps. Cependant les observations rapportées par Valat (3) ne plaident pas en faveur de cette hypothèse.

Quant à la généralisation proprement dite, elle est très rare.

---

(1) CHAPUT. *Société anatomique*, janvier 1888.

(2) TROISIER. L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal. *Société méd. des hôpitaux*, 13 janvier 1888 et *Archives générales de médecine*, janvier 1889, et BELIN. *Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral*. Th. Paris, 1888 (G. Steinheil, éditeur).

(3) VALAT. *De l'épithéliome primitif du corps de l'utérus*. Thèse Paris, 1888. (G. Steinheil, éditeur.)

M. Cornil (1) n'en rapporte aucun cas dans les 34 observations que contient son mémoire. Des exemples en ont été rapportés cependant (Moricourt, Virchow). Pour Roger Williams, elle s'observerait dans 20 p. 100 des cas, contre 73 p. 100 dans les cancers du sein, ce qui tient à ce que celui-ci dure en moyenne 4 ans au lieu de 2.

Dans son excellente étude sur la morphologie du cancer utérin, Roger Williams étudie les propagations aux divers organes voisins. Sur un total de 78 autopsies, le vagin était envahi presque complètement 72 fois, à peine atteint 6 fois ; la vessie infiltrée, 56 fois, perforée 29; les lésions rénales étaient constantes, hydronéphrose 67 fois, compliquée 5 fois de pyélo-urétérite, ouverte 2 fois dans le péritoine; 57 fois la lésion était bilatérale; le rectum était infiltré 19 fois, perforé 10 fois. Dans 34 cas il y avait des adhérences fusionnant tous les organes pelviens; néoplasie secondaire des trompes 18 fois, pyosalpinx 5 fois, hydrosalpinx 2 fois.

Disons enfin qu'en ce qui concerne la généralisation, Hofmeier pense que le cancer du corps se généralise moins vite que le cancer du col; pour Roger Williams, la généralisation serait plus fréquente si une complication fatale n'abrégeait ordinairement la durée du mal. Quant à celle-ci, elle serait, pour cet auteur, de deux ans en moyenne.

D. — **Nature, fréquence et siège des récidives après l'hystérectomie.** — Disons tout d'abord que le mot récidive est mauvais, par la raison bien simple que si le néoplasme se reproduit, il faut avouer que c'est parce qu'il n'a pas été enlevé en son entier. Il est vrai que nous ne connaissons pas encore bien précisément la nature du cancer. Néanmoins les expressions « repullulation » ou « reviviscence » seraient bien plus exactes, à moins de supposer, ce qui n'est plus douteux, que c'est le chirurgien qui, avec son bistouri ou les pinces, inocule inconsciemment en d'autres points, une lésion primitivement limitée. Cela

(1) Cornil. Tumeurs épithéliales du col. *Journal de l'Anatomie*, juillet 1864.

est possible, mais non démontré. Mais comme nous le verrons, cette hypothèse doit entrer en ligne de compte dans la technique opératoire.

Nous allons constater maintenant que les récidives se font suivant deux processus, soit par propagation pure et simple de l'infection néoplasique, soit par inoculation opératoire.

a) Récidive vaginale. — Voici le cas typique qui nous montre le siège le plus fréquent de la récidive, trois mois après une hystérectomie vaginale : la récidive occupe la cicatrice et progressivement toute la partie droite de la vessie, toute la région comprise depuis l'iliaque primitive gauche jusqu'à la base du ligament large du même côté.

Winter (1) a montré que ces récidives vaginales occupent souvent des points qui, ordinairement, ne sont pas envahis par le néoplasme. Pour lui, la récidive vaginale est presque toujours due à l'inoculation opératoire. Elle est plus rare dans le cas de cancer du corps parce que l'inoculation est alors moins facile. Parfois, cependant, dit-il, la récidive vaginale est due à la présence de noyaux cancéreux qui n'ont pas été enlevés pendant l'opération.

b) Récidive vulvaire. — Les récidives vulvaires par inoculation directe existent. Ainsi, Niebergall (2) observa une malade qui était restée bien portante pendant quatorze mois après une hystérectomie vaginale pour carcinome. Or, au bout de ce temps, elle présenta une récidive à la partie supérieure droite de l'orifice vulvaire. Niebergall se souvint alors que pendant l'opération, la valve placée sur la paroi vaginale antérieure avait entamé la vulve, précisément au point où siégeait la récidive. Il s'agit donc très probablement d'une inoculation cancéreuse, la métastase par voie lymphatique paraissant impossible à Niebergall. Dans un cas de Rosner (3), la greffe cancéreuse se fit au niveau du point

(1) Winter. Sur les récidives du cancer de l'utérus, notamment sur les récidives par inoculation. *Centrabl. f. Gynäk.*, 1893, n° 23, p. 524.

(2) Niebergall. Métastase vulvaire par inoculation d'un carcinome du corps de l'utérus. *Arch. f. Gynäk.*, 1896, p. 491, t. LII.

(3) Rosner. *De l'inoculation du cancer de l'utérus.* Travail analysé dans la *Semaine gynécologique*, 1896, p. 215.

où le chirurgien avait pratiqué l'épisiotomie pour se donner un accès plus facile sur l'utérus néoplasié.

Dans le cas suivant de Calzavara (1), il faut, selon toute probabilité, invoquer la métastase lymphatique rétrograde du vagin. Il s'agit d'une femme ayant un carcinome du corps et du col utérin avec adénite cancéreuse inguinale ; il y avait, de plus, deux petites tumeurs de même nature et disposées systématiquement un peu plus haut que les caroncules myrtiformes. Le vagin était intact. La métastase rétrograde veineuse étant peu probable, il faut se rabattre sur la métastase lymphatique rétrograde par les lymphatiques allant aux ganglions inguinaux, à moins de supposer ici encore une inoculation directe.

c) Récidive pelvienne. — Elle se fait dans les organes pelviens, la vessie, le rectum, le péritoine et surtout dans les ganglions sus-décrits. C'est une *carcinose pelvienne diffuse* qui emporte la malade par infection ou par urémie consécutive à la compression des uretères. Enfin les ganglions qui compriment les veines iliaques et la veine cave donnent lieu à de la phlébite qui, par embolie, peut emporter la malade. Il serait évidemment important de savoir, comme il a été dit dans le rapport à la Société de chirurgie, dans quelles proportions la récidive se fait dans la muqueuse vaginale ou dans les ganglions. La plus grande fréquence de la récidive dans les ganglions serait une indication précieuse pour l'hystérectomie abdominale.

A défaut de renseignements précis sur ce point, les considérations qui précèdent vont nous permettre néanmoins d'établir avec quelque précision les indications de l'hystérectomie abdominale totale ; *le cancer utérin étant un cancer très grave, il faut lutter contre lui par une opération, aussi précoce et aussi étendue que possible.*

---

(1) Calzavara. Un caso di metastasi linfatica retrograda alla vagina di uno adeno-carcinom a dell'utero. *Gazetta degli Ospedali e delle Clinice*, 1896.

Indications et contre-indications de l'hystérectomie abdominale totale pour cancer.

La **première indication** est tirée de l'*âge du néoplasme*. Tous les auteurs sont bien d'accord pour affirmer que l'hystérectomie abdominale totale, *complétée de l'évidement ganglionnaire*, donnera ses meilleurs résultats dans le cas de cancer au début, soit du col, soit du corps. Il est certain que cet évidement constitue le temps principal de l'opération ; c'est la raison d'être de l'opération : c'est lui qui, pour ses partisans, fait de l'hystérectomie abdominale la seule opération radicale dans le cancer, si toutefois l'opération est faite à temps et complètement.

Par la voie vaginale cette dissection pelvienne serait laborieuse, délicate, dangereuse et illusoire. Pawlick cependant avait essayé de se contenter de cette voie. Nous verrons plus loin que la voie haute, qui ne donne pas toujours à cet égard une satisfaction complète, permet seule d'isoler l'uretère des tissus néoplasiques péri-utérins.

La **deuxième indication** à envisager est tirée du *siège du néoplasme*. Il semble démontré que le *cancer du corps* a une évolution plus lente que le cancer du col. L'envahissement lymphatique semble aussi plus lent. Cette hypothèse paraît pouvoir être déduite des opérations faites par la voie basse. Ainsi sur 14 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du corps, la guérison, soit très prolongée, soit définitive, a été observée dans plusieurs cas par Landau (1).

Le *cancer de la portion vaginale du col* semble aussi avoir une évolution anatomique relativement lente et relever de la voie haute qui permettra d'enlever jusqu'au tiers supérieur du vagin comme l'ont fait quelques chirurgiens.

Restent donc le cas de *cancers de la portion sus-vaginale*

---

(1) THUMING. Ueber 104 mit Totalexstirpation behandelte Fälle von Krebs der Gebärmutter. *Berlin. klin. Woch.*, 1898, p. 396.

du col et les *cancers de l'isthme de l'utérus* dont l'évolution est assez rapide et se complique de bonne heure de traînées lymphangitiques. Ici on peut dire que l'ablation totale des tissus néoplasiés, déjà hypothétique dans les cas précédents, devient alors une utopie.

Pour Rouffart, pour Jacobs, comme pour la plupart des auteurs, l'ablation par la voie haute est indiquée quand il s'agit soit de cancer du col au début, soit de cancer du corps, l'utérus étant encore mobile, et sans envahissement du tissu cellulaire péri-utérin, des lymphatiques, des ganglions et des culs-de-sac vaginaux. Cependant, dit Jacobs, par la voie abdominale on peut enlever plus largement les parois vaginales et le tissu cellulaire voisin que par la voie basse. Jacobs rejette l'opération dans les cas avancés avec fortes douleurs irradiées et envahissement du tissu cellulaire du ligament large, et il rejette la formule des chirurgiens américains qui choisissent la voie haute quand la voie basse n'est plus praticable.

Le *volume de l'utérus néoplasié, sa mobilité et l'étroitesse du vagin* doivent entrer aussi en ligne de compte. Von Rosthorn (1) (de Prague), en 1892, recommande beaucoup l'hystérectomie abdominale simple chaque fois que l'utérus est trop volumineux et peu mobile. Kustner (2) (de Breslau) ajoute que la *friabilité du col et l'existence d'adhérences péritonéales* doivent faire préférer la voie haute. Il est évident que la voie basse nécessitant dans ces conditions le morcellement utérin rend par ce fait l'inoculation vaginale plus fréquente. Dans un cas Freund préféra également la voie haute parce que le vagin était très étroit et le col très haut placé et non abaissable.

Il est évident que même dans les cas de prolapsus de l'utérus cancéreux, c'est encore à la voie haute qu'il faut avoir recours, car elle permet d'enlever les ganglions pelviens.

L'âge de la malade ne semble pas avoir grande importance.

---

(1) VON ROSTHORN. *Prager med. Woch.*, 1892, n° 9.

(2) KUSTNER. *Monatsschrift f. Geburt. und Gynäk.*, 1897, et *Volkmann's Samml. klin. Vort.*, fév. 1898.

Ainsi Thuming, contrairement à beaucoup d'auteurs, ne croit pas que le cancer utérin soit plus grave chez les femmes âgées de moins de trente ans. Après l'opération la récidive n'est pas plus rapide, et des guérisons définitives ont été observées chez ces jeunes malades, après l'hystérectomie vaginale,comme chez des malades plus âgées.

De même l'âge avancé n'est pas une contre-indication. En effet, chez dix hystérectomisées de Landau âgées de 60 à 80 ans, six peuvent être considérées comme guéries définitivement.

Mais à ce dernier point de vue la comparaison ne peut pas être faite entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale même simple, cette dernière intervention étant sans aucun doute plus compliquée et plus longue, et partant, plus difficile à supporter par des malades déjà âgées. Il est assurément difficile de fixer une limite, mais l'âge de 55 ans nous paraît être la limite maxima, en supposant que la malade soit dans un excellent état général. A un âge plus avancé l'évolution du cancer peut être très lente, par conséquent, il vaut mieux ne pas faire courir aux malades les dangers d'une opération qu'en saine logique nous ne pouvons pas encore appeler radicale.

Les **contre-indications** se déduisent aisément de ce qui précède : quand après la laparotomie, qui jusqu'à un certain point peut être exploratrice, on constate que l'utérus est adhérent de toutes parts, au rectum et à la vessie surtout, quand les ligaments larges sont infiltrés de noyaux cancéreux sensibles à la palpation, quand le long des artères et veines iliaques et de l'uretère on sent des ganglions indurés volumineux plaqués contre les parois pelviennes, il vaut mieux refermer l'abdomen et se contenter de faire par la voie vaginale un curettage utérin s'il y a lieu. L'existence même soit d'une ou de deux salpingites suppurées, soit de collections péri-utérines suppurées d'origine lymphatique ou autres, soit enfin l'existence d'un fibrome peuvent très bien être considérées comme des contre-indications à l'intervention par la voie haute, étant donné que l'opération devient très complexe et peut facilement être suivie de septicémie péritonéale. Et cependant Freund a obtenu des

guérisons dans ces conditions peu favorables. Par la palpation, même sous chloroforme, on ne peut reconnaître l'existence et l'étendue des ganglions néoplasiés ; toutefois nous pensons que le toucher rectal fait avec prudence et patience pourrait à ce point de vue donner de bons renseignements, puisque par ce toucher prolongé très loin, on peut sentir les uretères et la face interne de la cotyloïde. Trélat (1) et Fochier (2) ont d'ailleurs conseillé beaucoup ce mode d'exploration. Pour Rouffart (3), l'embonpoint peut être une contre-indication, car l'épaisseur des parois empêche d'arriver facilement dans le pelvis. En effet, chez notre troisième malade très adipeuse, l'opération fut des plus difficiles.

Dès lors nous avouons ne pas comprendre quelques chirurgiens américains, quand ils nous conseillent d'enlever par l'abdomen tous les cancers jugés inopérables par le vagin, c'est-à-dire quand ils déclarent intervenir dans tous les cas, même quand il existe un envahissement des ligaments larges ou lorsqu'il s'agit d'une récidive après l'hystérectomie vaginale. Nous avons dit plus haut pourquoi il fallait intervenir de bonne heure; d'ailleurs la pratique des américains nous semble des plus dangereuses, à tous les points de vue, non seulement pour les malades, mais aussi pour la méthode elle-même. Celle-ci ne tarderait pas à être complètement abandonnée, si elle était appliquée à tort et à travers. Et nous ne sommes pas encore prêts de voir « le jour où on pourra extirper ensuite le rein du côté malade ainsi que l'uretère, ou bien aboucher celui-ci dans le rectum, et, si la vessie est malade, on pourrait agir de même avec les deux uretères » (Bardenheuer) (4). Dans un cas de ce genre, Schnitzler (5) s'est contenté de faire l'implantation des deux uretères dans le rectum chez une femme qui avait un

(1) Trélat. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 24 juin 1885.

(2) Fochier et Condamin. *Lyon médical*, juillet 1892, p. 339.

(3) Rouffart. Du choix de l'intervention dans le traitement du cancer utérin. *Journal médical de Bruxelles*, déc. 1897.

(4) Cité d'après Hegar et Kaltenbach. *Gynéc. opératoire*, p. 341.

(5) *Société médic. de Vienne*, 21 octobre 1898.

cancer inopérable de l'utérus ayant envahi la vessie. Mickulicz, cependant, dit qu'il ne faut pas se laisser arrêter par l'envahissement de la vessie ou du rectum, « ces deux organes n'étant pas indispensables pour l'existence » !

Techniques opératoires de l'hystéreotomie abdominale totale pour cancer.

Nous allons exposer les différentes techniques opératoires, chacune séparément, et nous les envisagerons ensuite dans leur ensemble.

1° **Technique de Freund.** — Elle a été bien exposée par son élève Funke (1). Nous voyons que ce chirurgien se propose de curer le petit bassin comme on cure l'aisselle pour pratiquer l'excision de tous les lymphatiques et du tissu cellulaire lui-même. Freund fait vingt-quatre heures avant l'opération, l'incision circulaire du vagin autour du col utérin. Le lendemain seulement, il enlève l'utérus par la voie abdominale. On circonscrit l'utérus et les ligaments larges au moyen de grandes incisions ; dissociation et ablation du tissu cellulaire du ligament large ; ablation des ganglions iliaques, après avoir fait sur le péritoine pariétal une incision parallèle à l'uretère. Si les ganglions sont trop adhérents aux vaisseaux, Freund les laisse en place. Dans certains cas, ce chirurgien fait le renversement du moignon dans le vagin. Enfin si les végétations cancéreuses du col sont trop exubérantes, il en pratique l'ablation dans une séance opératoire antérieure.

2° **Technique de Riess.** — La veille de l'opération : nettoyage du col par le vagin, et suture du museau de tanche avec de la soie, ou autoplastie avec un lambeau vaginal pour oblitérer l'orifice. Cela évite la dissémination des produits septiques dans le ventre, au moment de l'ablation de l'organe par la laparotomie. La malade étant anesthésiée, on cherche à sentir les ganglions pelviens par le vagin et par le toucher rectal combiné au palper hypogastrique.

(1) FUNKE. *Zeitschrift f. Geburt. und Gynäk.*, t. XXXIX, n° 3, p. 435.

Opération. — PREMIER TEMPS. *Incision du vagin autour du col utérin par la voie vaginale.*

DEUXIÈME TEMPS. *Ouverture du ventre.* — a) Ligature des vaisseaux ovariens, puis section du ligament large et application d'un clamp sur le moignon utérin du ligament;

b) Incision du péritoine d'abord au niveau de l'uretère, puis au dessus de l'iliaque primitive, et dissection de ce conduit jusqu'à la hauteur de la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs ;

c) On applique alors des ligatures sur le ligament large en dehors de l'uretère, et des clamps le long de l'utérus, après avoir sectionné le ligament ;

d) L'uretère est ensuite de nouveau disséqué jusqu'au niveau de la face postérieure de la vessie ; après quoi on dissèque le péritoine de la face antérieure de l'utérus jusque près de la vessie ;

e) Ligature des vaisseaux utérins (artère et veines) près de leur origine;

Cela fait, on s'efforce d'enlever tout le tissu cellulaire pelvien en disséquant autant que possible la région des vaisseaux iliaques externes et internes. On s'efforce aussi d'enlever le plus de ganglions possible dans le méso-rectum et au niveau des vaisseaux hypogastriques.

Après avoir répété les mêmes manœuvres du côté opposé, on pratique une incision au niveau du cul-de-sac de Douglas, et avec le doigt on effondre le vagin dont on résèque une partie, ce qui achève le détachement de l'utérus ; on bourre le reste du vagin de haut en bas avec de la gaze iodoformée.

Enfin, on suture les lames péritonéales divisées au cours de l'intervention pour la dissection des ganglions, etc.

Ce qui caractérise la technique de Riess, c'est que si les ganglions sont tuméfiés, immobiles, adhérents, il ne les enlève pas pas et dans ces cas il laisse l'utérus. L'*ablation de celui-ci ne doit être pratiquée que si les ganglions paraissent sains*.

a) 3° **Technique de Pelser.** — Introduction de sondes fines dans les deux uretères suivant la méthode de Clark;

(1) Dès lors pourquoi Riess conseille-t-il de les enlever ?

b) Ouverture du ventre ;

c) Ligature des vaisseaux utéro-ovariens à la partie la plus élevée et la plus externe des ligaments larges;

d) Première incision du péritoine pariétal, parallèle à l'uretère, et s'étendant jusqu'au point de bifurcation de l'artère iliaque primitive; cette incision doit être faite sur une sonde cannelée;

e) De cette première incision péritonéale, on en fait partir deux autres courbes, passant l'une en avant, l'autre en arrière de l'utérus;

f) Dissection prudente du péritoine, de manière à tailler les deux lambeaux péritonéaux, en avant et en arrière de l'utérus;

g) On découvre d'abord les ganglions situés en dehors de l'iliaque primitive, et on les enlève. Ce sont les ganglions iliaques externes;

h) On enlève ensuite les ganglions hypogastriques et tout le tissu cellulaire compris dans le triangle formé par l'artère iliaque externe, l'artère hypogastrique et le pubis; toutes ces manœuvres doivent s'effectuer sans le secours d'un intrument tranchant;

i) On dissèque, et l'on nettoie ensuite tout ce qui se trouve en dedans de l'artère hypogastrique et en arrière de celle-ci, près de l'origine de l'artère utérine;

j) Ligature des vaisseaux utérins et section entre deux ligatures;

k) Ablation de tout le ligament large, en ayant bien soin de refouler l'uretère en dehors, de manière à l'éviter ;

l) On attaque les *ganglions sacrés*, que l'on enlève avec le tissu cellulaire voisin;

m) On curette le *Douglas* ;

n) On nettoie tout ce qui se trouve entre la vessie et l'utérus, mais en ayant soin de ménager l'uretère ;

o) Incision du vagin à un centimètre et demi au-dessous du col, avec le thermocautère;

k) Réunion des lames péritonéales.

4° **Technique de Clark** (1). — *Cathétérisme préalable des uretères :*

a) Introduction des bougies dans les uretères après avoir cocaïnisé la vessie. Cela permet de gagner du temps et de conserver les forces de la malade pour l'opération ;

b) La malade est mise dans la position de Trendelenburg et l'on fait une incision abdominale assez longue pour avoir les mouvements libres en manœuvrant au fond du pelvis ;

c) Ligature de la partie supérieure du ligament large avec l'artère ovarienne ; division circulaire du péritoine vésico-utérin du côté opposé ; on repousse la vessie et on écarte les feuillets du ligament pour découvrir l'artère utérine ;

d) *Dissection de l'artère utérine jusqu'à 2 centim. de l'utérus, au delà de sa branche vaginale et ligature de ce vaisseau ;*

e) Dissection de l'uretère libre dans la base du ligament large ;

f) Ligature de ce qui reste du ligament large près des vaisseaux iliaques et ce fragment est détaché du bassin ;

g) On pousse la dissection bien au delà de la zone carcinomateuse même quand le col semble être atteint ;

h) Mêmes manœuvres du côté opposé ;

i) Perforation du vagin avec des ciseaux pointus en tirant sur l'utérus avec des pinces à griffes de façon à faire des tractions sur le vagin et à tendre ses parois, ligaturer par petits segments (1 centim.) et section de chaque segment après l'avoir lié ;

j) Introduction de la gaze iodoformée par en haut dans l'espace vide laissé par l'hystérectomie ; cette mèche sort par le vagin ; réunion au-dessus du péritoine rectal et vésical par une suture continue à la soie fine.

k) Irrigation de la cavité pelvienne et fermeture de l'abdomen sans drainage.

5° **Technique de Chalot**. — *Ligature préalable des deux artères iliaques internes :*

Chalot (2) a proposé les transplantations systématiques des

(1) Clark. Dix cas de cancer de l'utérus opérés par une méthode d'hystérectomie radicale. *Johns. Hopkin's hospital. Bull.* Fasc. 1896, p. 37.

(2) Chalot. *Indépendance méd.,* 16 septembre 1896.

deux uretères dans la vessie et la ligature préventive des deux iliaques internes pour extirper le cancer diffus de l'utérus par l'abdomen. Howard Kelly fit la ligature préalable des utérines en dehors des uretères, et Polk la ligature préalable « de la branche antérieure de l'iliaque interne ».

Pryor (1) a proposé, en 1897, de lier tout d'abord les deux iliaques internes et de procéder ensuite à une ablation large de l'utérus et des tissus qui l'entourent pour réopérer des cancers récidivés après l'hystérectomie vaginale.

Ce chirurgien fait remarquer que, à part les ganglions du méso-rectum nourris par la mésentérique inférieure, les ganglions pelviens dégénérés sont tous tributaires de l'iliaque interne ; de plus, cette hémostase serait un moyen d'arrêter le développement des tissus dont l'ablation est impossible. Montgomery (2) a aussi recommandé cette méthode.

Cette ligature préalable des artères iliaques internes peut, à notre avis, rendre de grands services. Ainsi Lennander (3) affirme que la compression d'une des artères iliaques primitives pratiquée un peu au-dessus de la symphyse sacro-iliaque, surtout si cette compression comprend en même temps l'artère utéro-ovarienne voisine, procure une hémostase presque complète dans toute la moitié correspondante du petit bassin.

Legueu (4), chez une de ses opérées, fit la ligature de l'iliaque primitive à gauche et celle de l'iliaque interne à droite.

6° **Technique de Jacobs** (5). — *Opération en deux temps : ablation du corps d'abord et du col ensuite.* — Par la voie vaginale, cautérisation du col très profonde avec le thermocautère. Laparotomie dans la position de Trendelenburg. Le paquet utéro-annexiel est attiré hors des parois abdominales.

---

(1) PRYOR *Loc. cit.*

(2) MONTGOMERY. Carcinome utérin. *Med. Record*, 1er mai 1897.

(3) LENNANDER. Compression intra-abdominale temporaire de l'aorte ou d'une de ses grosses branches dans certaines opérations pratiquées sur le bassin et l'abdomen. *Centralbl. f. Ginæk.*, 1897, n° 17.

(4) LEGUEU. *Société de chirurgie*, déc. 1898.

(5) JACOBS. *Loc. citato.*

Les ligaments larges sont incisés en dehors des annexes et trois petites pinces de Péan sont placées sur les artères ovariennes, utérines et sur les ligaments ronds. L'incision des ligaments larges porte jusqu'au niveau de l'orifice interne. Le col est incisé rapidement transversalement et la masse utérine est enlevée avec les annexes. On promène le thermocautère sur la surface de section du col et dans la lumière du canal cervical. Tous les ganglions épars dans le tissu cellulaire et le long des vaisseaux sont enlevés. Les ligaments larges sont ensuite fermés par un surjet jusqu'au voisinage du col, puis celui-ci est enlevé. Pour cela, une des branches des ciseaux étant introduite dans le canal cervical, le col est incisé de haut en bas et le vagin ouvert, l'index placé dans les culs-de-sac permet de sectionner tout autour du col et en dehors du néoplasme. Finalement, on fait des sutures pour fermer en bas la cavité péritonéale.

Onze malades ont été opérées ainsi ; dix guérirent ; la onzième est morte de pneumonie double quelques jours après l'opération. Dans trois cas dans lesquels les ganglions n'avaient pu être enlevés en totalité, la récidive survint du 3e au 5e mois.

Rouffart (de Bruxelles) (1) pratique tout d'abord par la voie basse la désinsertion du vagin à l'aide du thermocautère ; il détache la vessie et il tamponne le vagin, puis par la voie haute il fait l'excision utérine et ganglionnaire.

7° **Méthode de Penrose.** — La méthode abdomino-vaginale est préférée par Penrose (2) pour cette raison capitale que le temps septique de l'opération est pratiqué en dernier lieu, le col infecté et dégénéré étant enlevé à la fin de l'opération par le vagin. De plus, par en bas son ablation est facilitée par la libération préliminaire de l'utérus qui a été séparé de ses ligaments et de la vessie par la voie abdominale.

Veit, Bröse, Küstner, sont aussi parmi ceux qui jugent plus

---

(1) ROUFFART. *Bullet. de la Société belge de Gynéc.*, 1898, n° 7, p. 129.

(2) PENROSE. Hystérectomie abdominale et vaginale combinées. *Americ. J. of Obst.*, 1896, p. 822.

prudent de terminer l'opération par le vagin pour éviter l'infection du péritoine par le col infecté.

Voici maintenant en quoi les techniques de MM. Terrier, Quénu, Michaux, Reynier, Faure, diffèrent des précédentes.

M. Terrier enlève l'utérus selon les règles presque classiques, soit en un temps en sectionnant le vagin, d'abord en avant, puis peu à peu à droite et à gauche. Ou bien, si l'utérus est trop gros, il fait d'abord une hystérectomie supra-vaginale, enlevant ensuite le col comme une tumeur sans les pinces multiples que M. Reynier place pour obtenir l'hémostase temporaire; il préfère la ligature qui a l'avantage de ne pas encombrer le champ opératoire.

Dans l'opération qu'il a rapportée, **M. Quénu** a employé approximativement le procédé de bascule latérale, dit procédé des Américains. L'uretère a été mis à nu et repoussé en dehors pour permettre l'ablation des prolongements du néoplasme utérin. L'artère utérine fut liée à son origine. Il n'y avait pas de ganglions iliaques. L'utérus a été sectionné sur la ligne médiane pour faciliter la pénétration dans le vagin et la section transversale de celui-ci au-dessous du cul-de-sac.

M. Reynier (1) fait tout d'abord par le vagin une incision circulaire au bistouri, tout autour du col, en n'intéressant que la muqueuse vaginale, puis il agit par la voie abdominale. Mais l'auteur ne parle pas de l'ablation des ganglions pelviens. Quant à l'uretère, il est isolé et écarté par un aide, afin de ne pas gêner l'application des pinces.

Celles-ci doivent être placées en dehors du néoplasme, et ce n'est qu'à la fin de l'opération qu'elles sont remplacées par les ligatures.

Notre collègue **J.-L. Faure** (2) conseille fortement son procédé d'hystérectomie abdominale totale par section médiane préliminaire. Cependant, d'après Walter Tate (3), la rétention de pus

---

(1) REYNIER. *Congrès de chirurgie de Paris,* 1898.

(2) FAURE. *Ibidem.*

(3) WALTER TATE. *Brit. med. J.*, 11 déc. 1897.

dans la cavité de l'utérus cancéreux s'observe dans 62 p. 100 des cas, d'où les critiques que M. Terrier a adressées à ce procédé.

Envisageons maintenant dans leur ensemble toutes ces techniques opératoires.

En ce qui concerne les opérations préliminaires, le curettage du col utérin, dans le cas de cancer du col et la suture de l'orifice utérin dans le cas de cancer du corps ont été pratiqués souvent dans une séance opératoire préalable. On ne saurait évidemment trop recommander ces différentes précautions.

L'incision préalable du vagin au pourtour du col a aussi ses partisans (Freund, Bardenheuer, Reynier). Il est certain que dans les cas de cancer avancés du col, cette incision vaginale préalable évitera d'entrer dans la vessie ou dans le rectum au moment où par l'abdomen on cherche à isoler le col néoplasié.

Quant à l'ablation de l'utérus, quel que soit le procédé technique employé, elle doit être faite largement. Le procédé de bascule de droite à gauche ou vice versa nous a paru plus commode que celui qui consiste à effondrer d'abord le cul-de-sac antérieur ou le cul-de-sac postérieur. *Tout dépend du siège et de l'étendue des lésions.*

Le plus simple serait d'aller tout d'abord droit vers les utérines pour faire l'hémostase le plus vite possible. Rappelons que dans un cas, l'un de nous n'a pas pu trouver les artères utérines, probablement comprimées et atrophiées par un cancer cervical d'apparence squirrheuse. La ligature des artères utérines peut donc présenter des difficultés et nous sommes étonnés que cette circonstance ne soit pas plus souvent signalée.

La friabilité de l'utérus peut rendre l'ablation très compliquée. Tantôt c'est le corps qui se déchire, tantôt, même sous de faibles tractions, le corps se détache dans la main de l'opérateur et le col reste en place. Dans une de nos observations, les végétations du col paraissaient très dures, mais, au niveau de l'isthme, l'utérus très friable fut déchiré complètement au cours de l'opération.

A notre avis, cette friabilité est une cause fréquente d'infection péritonéale consécutive. C'est pourquoi nous ne sommes pas enclins à employer la technique recommandée par notre excellent ami Faure, c'est-à-dire la section médiane de l'utérus initiale, permettant de décortiquer ensuite facilement chaque moitié des masses formées par l'utérus et ses annexes.

Quant à l'instrument d'exérèse, c'est aux ciseaux que la plupart des chirurgiens ont eu recours. Cependant étant donné que Mackenrodt (1), Jordan, Henrotay, ont recommandé l'emploi du thermocautère et même du galvano-cautère pour l'hystérectomie vaginale, afin d'éviter les inoculations opératoires, l'idéal serait évidemment d'employer ces instruments par la voie haute, mais la question des escarres à éliminer permet de comprendre l'hésitation, même si ces escarres restaient aseptiques, ce qui est toujours hypothétique.

Les adhérences péri-utérines sont souvent difficiles à rompre. Notons cependant que dans un de nos cas, l'utérus et la vessie paraissaient tout d'abord très adhérents, cependant le plan de clivage fut facile à trouver.

Les déchirures de la vessie ont été notées plusieurs fois. Dans les cas de Freund, de Legueu, de Jacobs, de Rosthorn, la plaie a été suturée, sans incident consécutif.

Les adhérences au rectum et la perforation de celui-ci sont rarement signalées.

Le grand avantage, dit-on, de la voie haute c'est de pouvoir enlever deux ou trois centimètres de l'extrémité supérieure du vagin. Cela est exact, mais il faut dire aussi que si le cancer est déjà si étendu, la cure radicale devient des plus problématiques. Ce temps de l'opération est d'ailleurs des plus difficiles surtout chez les femmes très adipeuses.

Pour éviter l'uretère au cours de l'opération, nous avons vu que Clark puis Kelly ont conseillé de les cathétériser. Dans les cas de cancer limité au corps avec peu de ganglions iliaques, le décollement du péritoine, tout au moins dans un de nos cas,

---

(1) MACKENRODT. *Centralbl. f. Gynäk.*, févr. 1896, p. 126.

a permis de soulever l'uretère en même temps que la séreuse et ce conduit a pu être respecté. Mais si des ganglions ou si des masses néoplasiques englobent l'uretère, le cathétérisme nous paraît indispensable.

Enfin si l'uretère était coupé, il faudrait, à l'exemple de Freund, pratiquer l'urétéro-cysto-néostomie.

Quant au temps opératoire qui consiste à enlever les ganglions iliaques ou sacrés, il est évident qu'il ne doit être pratiqué que si ces ganglions ne sont pas trop nombreux ni trop adhérents aux vaisseaux, car s'il en était ainsi, il faudrait, à l'exemple de Freund, les laisser en place. Ce temps est le plus délicat de l'opération il doit être fait lentement et méthodiquement, de même que l'ablation du tissu cellulaire qui entoure soit l'uretère, soit les ganglions iliaques. La veine iliaque, l'uretère iliaque ont été blessés par Riess, l'iliaque externe par Rosthorn, etc.

Il est évident que le drainage vaginal doit être pratiqué ; le drainage abdomino-vaginal présenterait même des avantages, suivant nous, dans les cas où l'infection péritonéale serait à craindre. Disons cependant que, comme nous l'avons déjà dit, Jacobs et d'autres chirurgiens n'hésitent pas à fermer le vagin par un surjet et par-dessus ils suturent au catgut le péritoine pelvien.

(A suivre.)

LES PÉDICULES VASCULAIRES DE L'UTÉRUS

Ligament large.
Gaine hypogastrique. — Fossette ovarienne (1).

Par **Pierre Fredet,**
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Chez l'adulte, on voit pénétrer dans le bassin, au niveau du détroit supérieur, sensiblement au point de division des artères iliaques primitives, un cordon qui se dirige obliquement vers l'angle de l'utérus (normalement antéfléchi sur le vivant), c'est-à-dire en bas et en avant. Il est formé de fibres lisses, contient une artère et des veines. On lui a donné différents noms : cordon utéro-ovarien, ligament infundibulo-pelvien, ligament rond postérieur, etc., qu'on ne saurait, à vrai dire, considérer comme absolument synonymes. Nous l'appellerons *cordon des vaisseaux tubo-ovariens*, ou mieux, peut-être, *cordon des vaisseaux spermatiques internes*, car la présence de vaisseaux dans son intérieur est sa caractéristique principale.

La corne utérine se trouve à notable distance au-dessus du plancher pelvien ; le cordon vasculaire, qui soulève simplement le péritoine au niveau de la bifurcation iliaque, doit donc se pédiculiser pour arriver à destination et semble entraîner un méso

(1) Ce mémoire est détaché de notre thèse sur les « artères de l'utérus » (Paris, 1899, G. Steinheil, édit.) dont il constitue le premier chapitre. Plusieurs des documents et des dessins qui y sont contenus ont déjà paru dans le *Journal de l'Anatomie*, publié sous la direction de M. Mathias-Duval. M. Alcan, éditeur, a bien voulu mettre à notre disposition pour ces *Annales* les clichés des planches II, III, IV, et de nos figures 1, 2, 3 et 4 qui sont sa propriété. Nous l'en remercions.

(v. Pl. I, etc.). Ce méso est le *ligament large*, lame péritonéale à deux feuillets, de forme à peu près triangulaire (v. Pl. III). Le bord supérieur ou faîte, épais, contient dans sa portion juxta-pelvienne le cordon vasculaire tubo-ovarien ; puis, quand le cordon atteint le pôle supéro-externe de l'ovaire et la frange ovarienne du pavillon, il est continué par la trompe en avant, l'ovaire et le ligament ovarien en arrière. Le cordon vasculaire se comporte, vis-à-vis de ces organes, comme un ligament qui les empêcherait de céder à leur poids, en les rattachant au détroit supérieur.

Le bord interne correspond au bord de l'utérus, les deux feuillets constituants de la cloison passant l'un en avant, l'autre en arrière de l'organe.

La base d'implantation, ou bord inférieur, descend de la bifurcation iliaque vers l'utérus, à l'union du col et du corps. Elle décrit une courbe douce : à concavité supérieure, car le bassin est creux ; à concavité postérieure, car elle est refoulée en avant par la saillie arrondie de l'ovaire, logé dans sa fossette, en arrière du ligament large (v. Pl. I).

Tel est le ligament large chez l'adulte. Les deux lames péritonéales qui entrent dans sa constitution s'unissent au niveau du faîte, par-dessus le cordon vasculaire et les annexes. L'antérieure, arrivée au pied d'implantation, se réfléchit en avant sur le plancher et la vessie, en dehors sur la paroi, pour tapisser les fosses paravésicales, comme elle se continue en dedans sur l'utérus. La postérieure se comporte de façon analogue. En dedans, elle passe sur l'utérus ; au niveau de la base du ligament, elle se réfléchit sur la paroi pelvienne et la tapisse dans une petite étendue (fossette ovarienne) jusqu'à ce qu'elle rencontre la saillie de la gaine hypogastrique. Elle revêt cette saillie, puis descend en arrière d'elle dans la fosse hypogastrique.

La lame antérieure est encore soulevée par le ligament rond. Parti assez haut de l'utérus, il se dirige vers la paroi, en s'abaissant, se recourbe en avant, remonte sur les vaisseaux iliaques externes et pénètre dans le trajet inguinal.

Nous reviendrons, dans un instant, sur la constitution et la

signification du ligament large, quand nous aurons décrit la gaine hypogastrique.

En arrière du ligament large, la paroi pelvienne présente deux autres soulèvements d'importance inégale. D'abord, et pour n'en plus parler, une saillie variable, qui semble émaner de l'utérus au niveau de l'orifice interne du col, se dirige en arrière vers le rectum et circonscrit l'orifice de l'entonnoir péritonéal de Douglas : c'est l'organe dit bien à tort utéro-sacré, puisqu'il est formé de fibres lisses sous-péritonéales unissant le rectum à l'utérus (v. Pl. I, fig. 3, etc.). Entre lui et le ligament large existe au contraire une autre saillie à deux versants, l'un antérieur, l'autre postérieur, à crête regardant l'utérus, d'importance capitale pour le chirurgien qui cherche l'utérine à son origine : c'est la saillie du bord supérieur libre du *pédicule vasculaire des organes pelviens*. Cette masse contient l'artère utérine, les veines utérines, les vaisseaux du vagin, de la vessie, l'uretère, etc., intimement unis. Les veines en forment la majeure partie. Le tissu conjonctif, plus ou moins chargé de graisse, qui s'interpose entre les éléments du pédicule, se condense à la périphérie. Il lui constitue une coque (1), qu'on a disséquée en membrane (gaine hypogastrique) et qui, dans tous les cas, limite parfaitement la masse dont elle épouse les formes. Grâce à elle, le pédicule est un organe défini, facilement séparable des organes voisins. On ne peut le comprendre adéquatement qu'en le voyant

(1) Cette coque est plus épaisse près de la paroi pelvienne que près de l'utérus. Elle apparaît là, indiscutablement, sous forme d'une membrane qui s'étale sur l'artère hypogastrique et se continue en arrière sur ses branches pariétales intra et extra-pelviennes jusqu'au niveau des trous sacrés antérieurs. Quand on désarticule le sacrum, pour examiner à l'aise la face postérieure du pédicule vasculaire des organes pelviens, on voit mal ce prolongement postérieur de la gaine, car il n'est plus possible de tendre la partie située en arrière de l'hypogastrique. Mais si l'on fend le sacrum sur la ligne médiane, on lui conserve ses points d'attache aux os et on la démontre facilement. Voyez d'ailleurs la figure si démonstrative de Luschka :

LUSCHKA (H.). Die Fascia pelvina in ihrem Verhalten zur hinteren Beckenwand. *Sitzungsberichte d. math. nat. Cl. d. k. Akad. d. Wissenschaften.* Wien, 1859, Bd. XXXV, S. 105.

dans son ensemble. Il faut l'isoler complètement, c'est-à-dire

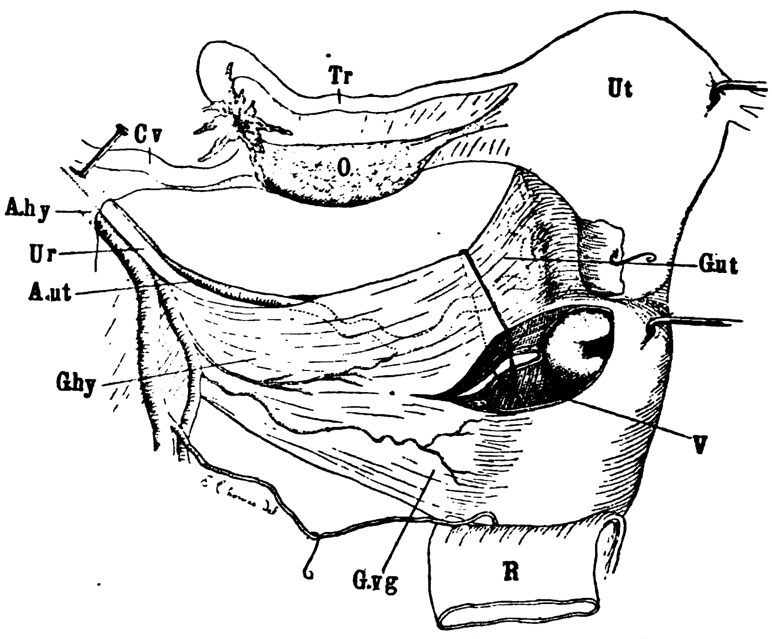


FIG. 1. — *Pédicule vasculaire utéro-vaginal et sa gaine, vu d'arrière.*

Les artères ont été injectées par la fémorale droite, le sacrum désarticulé, la symphyse des pubis disjointe, puis les deux os iliaques écartés pour tendre la lame vasculaire. La condensation superficielle du tissu conjonctif, qui englue les vaisseaux et les nerfs, forme autour du pédicule une coque et l'isole des organes avoisinants. On a donc pu mettre à nu la lame postérieure de la gaine hypogastrique *G. hy*, en enlevant le péritoine, et en décollant le rectum *R* de la face postérieure du vagin *V*.

Par une incision faite dans le cul-de-sac latéral du vagin, on a dissocié le pédicule utéro-vaginal en un segment utérin, *G. ut.*, et un segment vaginal, *G. vg.* On aperçoit presque de face le col utérin, parce que l'utérus *Ut* était en rétroflexion marquée, comme cela a lieu généralement sur le cadavre, et qu'il a été redressé ; *A. hy*, artère hypogastrique, branches postérieures extra-pelviennes et hémorrhoïdales. L'uretère *Ur*, prolongeant la crête du pédicule vasculaire, recouvre en partie le bord antérieur de l'hypogastrique. L'artère utérine *A. ut* se dégage au-devant de lui, chemine parallèlement à sa direction et le surcroise au moment où il fuit, en avant et en bas, vers la vessie.

Cv, cordon vasculaire tubo ovarien ; *Tr*, trompe ; *O*, ovaire.

pénétrer profondément entre le vagin et le rectum, après section longitudinale ou désarticulation du sacrum, et s'engager entre la vessie et le plancher pelvien.

On isole ainsi une lame aplatie d'avant en arrière, très épaisse, de forme trapézoïde vue d'arrière (v. fig. 1). La petite base du trapèze correspond à l'origine et à la terminaison des vaisseaux utéro-vaginaux et vésicaux, aux vaisseaux hypogastriques. Elle commence au-dessous du détroit supérieur et finit près de l'épine sciatique.

La grande base est beaucoup plus étendue, car elle représente la ligne de pénétration des vaisseaux dans l'utérus et le vagin, depuis la corne utérine jusque vers la fin du vagin au plancher pelvien.

Le bord supérieur est libre. Il semble commencer à la bifurcation iliaque par la saillie de l'uretère (1), qui constitue d'abord sa ligne de faîte et disparaît ensuite dans la profondeur de la lame. Il décrit, dans son ensemble, une courbe régulière, sous le péritoine, jusqu'au voisinage de l'utérus; puis il se relève rapidement le long de l'organe, avec l'artère utérine, mais disparaît alors entre les deux feuillets du ligament large.

Le bord inférieur, libre aussi, s'applique à la paroi et au plancher pelviens, de l'épine sciatique au plancher uro-génital.

La grande lame vasculaire reste simple et aplatie en arrière. En avant elle se dédouble, car elle contient les vaisseaux utérins d'une part, l'uretère et les vaisseaux vésicaux d'autre part. Elle se décompose donc en deux lames secondaires : l'une postérieure, purement utéro-vaginale, l'autre antérieure, purement vésicale. Henle (2) a donné un dessin exact de cette disposition.

(1) Les faits observés par nous concordent donc avec ceux qu'a figurés Hasse (Beobachtungen über die Lage der Eingeweide im weiblichem Beckeneingange. *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1875, Bd VIII, Hft 3, S. 402, Taf. X) et nullement avec ceux décrits et figurés par Vallin, qui s'élève à tort, à notre sens, contre la conception de Hasse (VALLIN. *Situation et prolapsus des ovaires*, th. Paris, 1887, p. 15 et 16). Nous n'avons vu ni compris la fossette ovarienne comme lui (p. 21).

(2) HENLE (J.). *Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen*, Bd II. *Eingeweidelehre*, 2e Aufl. ; Braunschweig, 1873, S. 914.

Pour la rendre évidente, il faut réséquer les branches du pubis, fendre par le milieu la vessie, d'avant en arrière (v. fig. 24 de notre thèse). Chaque moitié est emportée sur le côté avec l'uretère et les vaisseaux, tandis que la partie utéro-vaginale du pédicule reste en place. La lame secondaire vésicale est, en effet, séparable de la lame utéro-vaginale jusqu'au point où l'uretère pénètre la masse primitive.

Le chirurgien pratique une opération analogue quand, ayant ouvert le cul-de-sac antérieur du vagin, il sépare de la face antérieure de l'utérus et du vagin, la vessie et les uretères. Le doigt de l'opérateur, introduit entre la vessie et l'utérus, sent, de chaque côté de la matrice, la face antérieure de la partie élevée ou utérine du pédicule utéro-vaginal.

Le bord supérieur du pédicule vasculaire utéro-vaginal, prolongé jusqu'à la bifurcation iliaque par l'uretère, part du même point que le cordon des vaisseaux spermatiques internes. Mais il est en arrière d eux et ne s'inclut pas entre les feuillets de leur méso, le ligament large (1). Il en reste séparé par une certaine étendue de la paroi pelvienne (v. Pl. I); ce n'est que tout au voisinage de l'utérus qu'il s'en rapproche et s'engage finalement entre ses deux lames constitutives (voyez les coupes).

La surface pelvienne en forme de fuseau, comprise entre les deux courbes opposées et confondues à leurs extrémités, de la base du ligament large et de la saillie du bord supérieur du pédicule hypogastrique, contenu dans sa gaine, est la *fossette ovarienne*. Elle est tapissée par la réflexion du feuillet péritonéal postérieur du ligament large, qui vient ensuite recouvrir la saillie à deux versants de la gaine hypogastrique et se continue en dernière analyse sur la face postérieure de la lame vasculaire. La fossette ovarienne ainsi définie constitue une région chirurgicale où l'on trouve toujours, plus ou moins aisément il est vrai, l'artère utérine à son origine.

(1) C'est ainsi que les choses se présentent chez l'adulte. Chez le fœtus, alors que les annexes sont haut situées, le ligament large semble prendre racine sur le sommet du pédicule utérin, de sorte que l'artère paraît cheminer dans tout son trajet entre les feuillets du ligament large.

Cette conception de la fossette ovarienne diffère sensiblement de celle dite de Krause, qu'on admet généralement; mais elle répond aux pièces que nous avons vues. Elle se concilie à peu

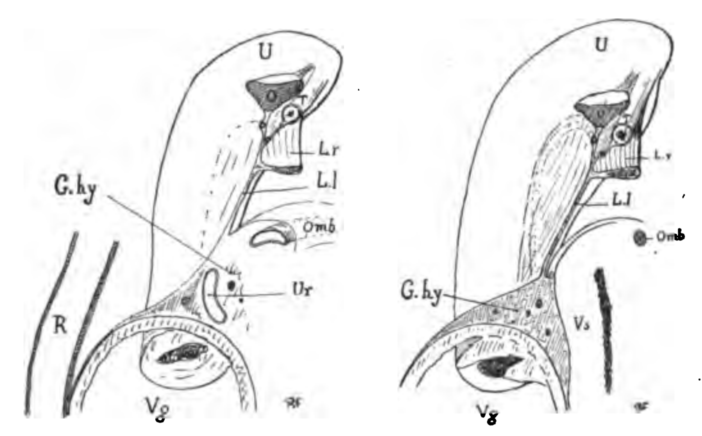


Fig. 2. — ***Coupes verticales antéro-postérieures passant par le ligament large et la gaine hypogastrique sur un fœtus de 7 à 8 mois*** **(grossies 3 fois environ).**

Le vagin a été préalablement bourré d'ouate et dilaté au maximum, l'utérus redressé et le ligament large tendu; puis la pièce a été fixée par l'alcool. La première coupe I a été faite près de la paroi pelvienne, la seconde II a entamé le col utérin et la vessie.

***U*, utérus ; *Vg*, vagin ; *G. hy*, gaine hypogastrique et son contenu ; *Ll*, ligament large ; *O*, ovaire ; *T*, trompe ; *Lr*, ligament rond ; *Omb*, ombilicale ; *Ur*, uretère ; *Vs*, vessie.**

Dans les deux coupes on constate que le sommet de la gaine hypogastrique tend à s'inclure entre les feuillets du ligament large, contrairement à ce que l'on voit chez l'adulte (sauf au voisinage du bord de l'utérus). Il n'y a donc pas de fossette ovarienne comparable à celle de l'adulte chez le fœtus, ce qui est en rapport avec la situation différente de l'ovaire. On aperçoit en coupe, dans la gaine hypogastrique, plusieurs artères. On voit aussi, par transparence, l'artère utérine entre les feuillets du ligament large, non sinueuse et à distance du bord de l'utérus.

près avec la description que M. Hammerschlag (1) publiait, à la même époque que nous, dans un intéressant mémoire sur

(1) Hammerschlag. Die Lage des Eierstocks. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Stuttgart, 1897, Bd XXXVII, S. 462-479. V. notamment sa fig. 9.

la situation des ovaires au cours de la vie intra et extra-utérine. Nous admettons volontiers avec lui que la fossette ovarienne de l'adulte répond à la partie postérieure de la fosse obturatrice, pour employer la nomenclature de Waldeyer (1).

La saillie de la gaine hypogastrique se sent et se voit contre la paroi pelvienne, sur le cadavre. Mieux encore sur le vivant, elle est accusée par l'uretère, qu'on reconnaît souvent à sa forme aplatie, à sa couleur jaunâtre, parfois à ses contractions rythmiques. En arrière de lui sont les vaisseaux hypogastriques; il recouvre plus ou moins le bord antérieur de l'artère.

L'utérine naît en un point variable de l'iliaque interne par un tronc commun avec l'ombilicale, ou isolément. Elle s'engage entre l'uretère et la paroi pelvienne, si elle n'y était dès son origine, et passe immédiatement au-devant de l'uretère. Elle chemine parallèlement à lui, sous le péritoine de la fossette ovarienne. Puis les deux organes modifient leurs rapports : ils se croisent. L'artère continue à se porter en dedans vers l'utérus, relativement haut. L'uretère, qui était en arrière de l'utérine, doit se diriger vers la vessie, en bas, en avant : il s'enfonce sous l'utérine, qui occupe dès lors le faîte du pédicule utéro-vaginal.

On trouve donc l'artère utérine, à *son origine*, dans la fossette ovarienne, au-devant de l'uretère, au moment où elle émerge de l'hypogastrique. *L'uretère est le repère fondamental*, et le lieu de la ligature est la fossette ovarienne, quelle que soit la variante opératoire (2). Rumpf (3) incise simplement le péritoine au-devant de l'uretère. Altuchoff (4) ouvre le liga-

---

(1) Waldeyer désigne sous le nom de fosse obturatrice l'espace compris entre le ligament rond ou le canal déférent en avant, le psoas et les vaisseaux iliaques en haut, l'uretère en arrière. Cette région confine aux fosses paravésicales en avant, à la fosse hypogastrique en arrière.

(2) Nous avons décrit ces procédés opératoires dans un article intitulé « Théorie et technique des ligatures de l'artère utérine ». *Revue de chirurgie*, 1898, t. XVIII, n° 5, p. 448-466.

(3) RUMPF. Vorgeschnittenes Carcinoma Uteri durch Laparotomie exstirpirt. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1895, Bd XXXIII, S. 212-214.

(4) ALTUCHOFF (N.). Eine neue Methode der Unterbindung der Arteriæ

ment large entre la trompe et le ligament rond, et décolle le feuillet postérieur, réfléchi sur la fossette, jusqu'à rencontrer l'uretère et l'utérine. Gubaroff (1) partait de plus loin. Au moyen d'une incision semblable à celle de la ligature de l'iliaque externe, il décollait le péritoine de la fosse iliaque, puis du bassin, jusqu'à ce qu'il arrivât à l'uretère, ce qui, soit dit en passant, lui permettait d'atteindre à la fois l'utérine à l'origine et le cordon vasculaire des annexes.

Ajoutons immédiatement, comme correctif, que la fossette ovarienne ne se présente pas toujours avec l'admirable netteté de la planche I. Son étendue transversale varie et peut devenir très faible, quand la gaine hypogastrique s'introduit entre les deux feuillets du ligament large, à distance de l'utérus; mais ce n'est généralement pas le cas. On conçoit même qu'elle puisse être nulle. Ordinairement, la gaine hypogastrique n'entrant dans la base du ligament large que très près de l'utérus, nous ne saurions admettre, comme typique du ligament large de l'adulte, la coupe figurée par M. Charpy (2), bien qu'elle soit vraie près de l'utérus. Les pièces dont nous donnons le dessin la contredisent nettement (v. Pl. I, II et III, fig. 1, etc.).

La face postérieure de la gaine hypogastrique est séparable du péritoine qui la revêt dans une certaine étendue. On décolle la séreuse depuis la paroi pelvienne jusqu'à l'utérus. Mais, sur la ligne médiane, au niveau du col et notamment de l'orifice interne, la séparation est impossible. Si l'on sectionne le cul-de-sac postérieur du vagin sur la ligne médiane, on pénètre presque fatalement dans la cavité péritonéale. Le doigt, introduit par cette ouverture dans le cul-de-sac de Douglas, touche la face postérieure de la lame vasculaire, mais en reste séparé par le péritoine. Si, au contraire, respectant le cul-de-sac sur la ligne médiane, on l'incise un peu latéralement, on peut, avec

---

uterinæ per Laparotomiam. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* Iena, 1896, Bd, III, Hft 9, S. 442-458.

(1) GUBAROFF (A. v.). Ueber die Unterbindung der Uterusgefässe. *Centr. f. Chir.* Leipzig, 1889, S. 3 9-370.

(2) CHARPY (A.). *Organes génito-urinaires*. Toulouse, 1890, p. 229.

précaution, s'engager entre le péritoine et la face postérieure de la gaine et la dénuder jusqu'à son bord supérieur, cela sans ouvrir le péritoine.

Au moyen de deux incisions faites, l'une dans le cul-de-sac antérieur, l'autre dans le cul-de-sac postérieur, il est donc pos-

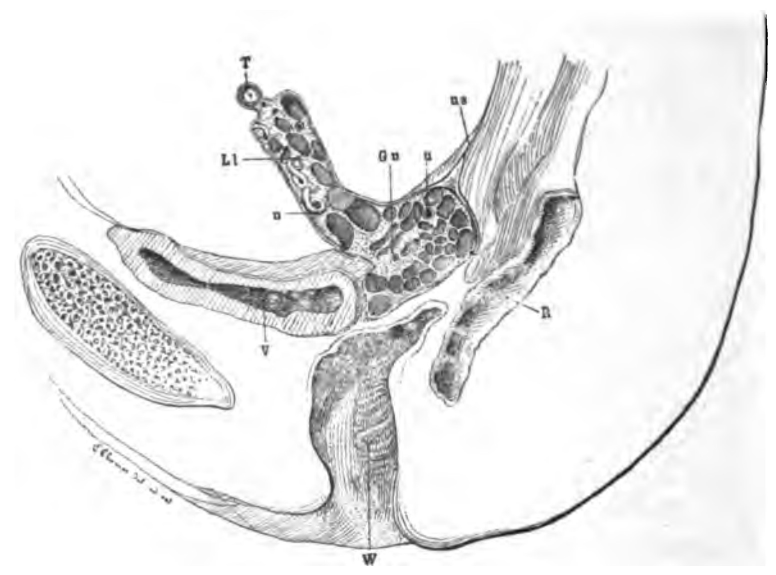


Fig. 3. — Cette figure est la vue perspective de la pièce figurée Pl. IV, après que la gélatine qui fixait les organes a été enlevée et la corne utérine détachée d'un coup de ciseaux. Elle montre donc la gaine utérine et son contenu, *Gu*, au moment où elle pénètre entre les lames du ligament large, *L. l*, qu'elle écarte notablement l'une de l'autre ; *u. u.*, tronc de l'utérine. Entre les feuillets du ligament large, l'artère flexueuse et ses branches utérines ont été coupées plusieurs fois ; *us*, repli péritonéal de Douglas, dit utéro-sacré.

sible d'isoler les deux faces de la portion utérine de la lame utéro-vaginale dans toute son étendue. On peut enfin la disjoindre de la portion vaginale en ouvrant le cul-de-sac latéral. En écartant, avec les deux index, la lèvre vaginale de la plaie, de sa lèvre cervicale, on entraîne avec chacune d'elles la portion du pédicule qui y attient : celle qui reste adhérente au vagin

contient donc les vaisseaux vaginaux, celle qui reste unie à l'utérus contient l'utérine et ses divisions cervicales. (V. fig. 1.)

La portion utérine du pédicule serait triangulaire, en coupe sagittale, avec sommet supérieur et base inférieure, car la lame utéro-vaginale présente son maximum d'épaisseur au niveau du col. Rien n'est plus aisé que de la pincer entre les mors d'un clamp ou de l'entourer d'un fil à ligature. On embrasse à la fois

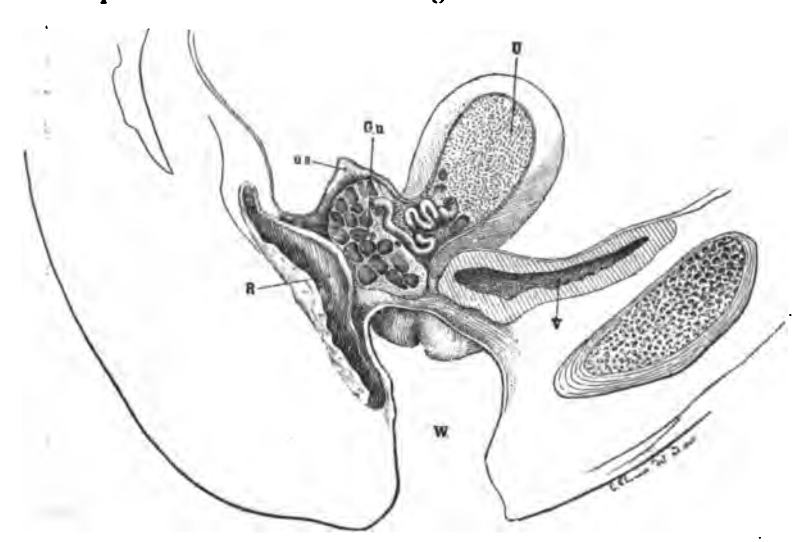


FIG. 4. — Tranche adjacente à celle représentée fig. 3. La coupe qui l'a détachée a passé à peu près au milieu de l'utérus, *U*. — *V*, Vessie ; *W*, vagin au fond duquel on aperçoit le col utérin ; *R*, rectum ; *G.u*, gaine vasculaire utérine avec son contenu. L'artère utérine a été sculptée dans la gangue veineuse. Elle décrit des flexuosités très marquées au niveau de l'orifice interne du col. On comprend pourquoi elle apparaît coupée deux fois sur la pièce IV ; *us*, soulèvement péritonéal de Douglas dit utéro-sacré.

l'utérine et ses branches, les veines utérines, les nerfs, etc. La ligature en masse de la portion utérine du pédicule utéro-vaginal, disjointe par déchirure de la portion vaginale, constitue essentiellement l'opération de Gottschalk (1)-Martin (2), dite à

(1) GOTTSCHALK (S.). Die Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. *Centr. f. Gyn.*, Leipzig, 1893, S. 897-900.

(2) MARTIN (Franklin H.). Vaginal ligation of a portion of the broad.

tort ligature de la base du ligament large. Les auteurs précités n'en ont pas montré suffisamment la signification anatomique et la grande valeur hémostatique. Il est vrai qu'on lie cette masse à la base du ligament large si l'on reste très près de l'utérus, puisque la gaine pénètre à ce niveau entre ses deux lames, mais à brève distance du bord utérin, ligament large et gaine hypogastrique se séparent. Il est presque fatal de déchirer le péritoine, si l'on tente d'aller jusqu'à la trompe et aux artères qui cheminent au-dessous d'elle, en essayant de séparer les deux feuillets du ligament large au-dessus de la gaine hypogastrique, même très près de l'utérus. (Voir les deux coupes de bassins d'adultes.)

***

Nous insistons donc, tant au point de vue anatomique que chirurgical, sur cette distinction nécessaire entre le ligament large, qui se comporte chez l'adulte comme le méso des annexes et de leurs vaisseaux, et la gaine hypogastrique, contenant les artères de l'utérus. M. Pierre Delbet (1) l'avait très bien établie en se plaçant principalement au point de vue clinique. M. Farabeuf n'a pas manqué de la faire, dans ses cours, en se basant sur l'observation de l'adulte. Nous allons montrer que l'embryologie exige cette distinction et explique la constitution du ligament large, car la description que nous en avons donnée précédemment n'a que la valeur d'un inventaire.

Le ligament large du *fœtus* ne se présente pas comme une simple lame tendue du bord de l'utérus à la paroi du bassin. C'est un coin à base pelvienne et à sommet utérin, dont les faces divergentes regardent en avant et en arrière.

La paroi péritonéale antérieure est presque transversale. Sa limite supérieure est marquée par le ligament rond. Le péritoine arrivé à la paroi pelvienne se réfléchit en avant, tandis que le

---

ligaments, etc. *Americ. J. of obst.*, New-York, 1893, vol. XXVII, p. 481-492.

(1) Delbet (Pierre). *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 31-32.

ligament rond remonte sur la fosse iliaque et se porte vers le trajet inguinal.

La paroi postérieure est plus oblique, sa limite supérieure est indiquée par la trompe en avant ; le ligament de l'ovaire et l'ovaire, en arrière. Plus en dehors, un cordon de fibres lisses se détache du pôle supéro-externe de l'ovaire et de la frange du pavillon, et s'étale dans la fosse iliaque dont il fronce le péritoine. En arrière de ces fibres lisses, on observe un autre soulèvement péritonéal qui en est indépendant. Il répond au cordon vasculaire tubo-ovarien, lequel ne pénètre pas encore dans le bassin à cet âge. La surface péritonéale postérieure, arrivée à la paroi, s'y réfléchit comme l'antérieure, mais se dirige en arrière. Sa ligne de faîte, elle aussi, constituée par le cordon de fibres lisses et le cordon vasculaire, remonte sur la fosse iliaque.

L'espace triangulaire, compris entre le ligament rond en avant, la trompe, l'ovaire en arrière et les cordons qui leur font suite sur la fosse iliaque, présente donc une base évasée. Le péritoine qui le tapisse se prolonge en dehors avec celui de la fosse iliaque, de même qu'il se continue en avant et en arrière avec celui des faces divergentes du coin après réflexion à angle presque droit sur leur ligne de faîte. Ce péritoine est déprimé entre le ligament rond et les annexes, comme s'il avait tendance à s'introduire entre les deux ordres d'organes, à les pédiculiser isolément de façon à unir l'utérus à la paroi par un double méso, l'un contenant le ligament rond, l'autre les annexes, les deux mésos semblant descendre l'un et l'autre de la fosse iliaque vers l'utérus.

Cette disposition laisse entrevoir ce qui s'est passé et fait présumer que *le ligament large résulte, en partie, de l'entraînement dans le bassin et de la plicature dans le sens transversal, d'un méso primitivement longitudinal et inséré sur la fosse iliaque, c'est-à-dire sur le côté de la cavité pelvienne et au-dessus d'elle.*

Qu'on nous permette d'expliquer sommairement, mais d'une façon plus complète, tous ces faits, en rappelant le mode de développement de l'utérus, des trompes et de l'ovaire, et leur topographie *chez l'embryon.*

On sait que l'ovaire se développe aux dépens de la partie interne du corps de Wolff et que les canaux de Müller, origine des trompes et de l'utérus, naissent de la partie externe de cet organe. Le corps de Wolff, organe transitoire chez les animaux supérieurs, est situé dans la région lombaire. Un faisceau de fibres lisses, sous-péritonéales, unit son extrémité supérieure à la face abdominale du diaphragme. Les fibres lisses soulèvent un repli que Kölliker (1) a décrit sous le nom de *ligament diaphragmatique*. L'extrémité inférieure du corps de Wolff est attachée à la région inguinale par un organe analogue qu'il a appelé *ligament inguinal*. Le corps de Wolff et ses ligaments ont tendance à s'isoler de la paroi et soulèvent un méso longitudinal continu, du diaphragme à la région inguinale. Le méso possède par conséquent deux faces péritonéales : l'une qui regarde la ligne médiane, que nous nommerons *médiane*; l'autre qui est tournée vers la partie latérale du corps, que nous nommerons *latérale*.

Lorsque le corps de Wolff disparaît, l'ovaire et le canal de Müller qui en sont des restes reçoivent les insertions des ligaments diaphragmatique et inguinal. Le ligament diaphragmatique disperse ses fibres sur le pôle supérieur de l'ovaire et le pavillon de la trompe; le ligament inguinal semble s'attacher au pôle inférieur de l'ovaire.

Quant aux vaisseaux de l'ovaire et de l'extrémité supérieure du canal de Müller, ils naissent de l'aorte dans la région lombaire et se portent (ou se porteront) à la veine cave, au même niveau, presque transversalement dirigés sous le péritoine.

Mais les choses ne restent pas en cet état. L'ovaire et la trompe subissent une migration apparente, et l'utérus se constitue. Les deux canaux de Müller, placés longitudinalement en dehors de l'ovaire et de son ligament inguinal dans leur partie supérieure,

---

(1) KÖLLIKER (A.). *Embryologie ou Traité complet du développement de l'homme et des animaux supérieurs*. Trad. française sur la 2e éd. allemande, par AIMÉ SCHNEIDER. Paris, 1882, p. 1001.

sous-croisent le ligament inguinal, un peu plus bas que l'ovaire, pénètrent dans le bassin et vont s'ouvrir dans le sinus uro-génital.

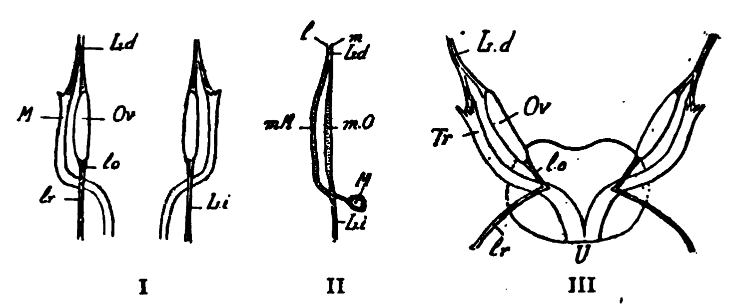


FIG. 5. — *Trois schémas destinés à faire comprendre le mode de formation du ligament large.*

Ov, ovaire ; *M*, canal de Müller ; *Tr*, trompe ; *Ld*, ligament diaphragmatique ; *Li*, ligament inguinal ; *lo*, ligament de l'ovaire ; *lr*, ligament rond.

I. — *Grand méso longitudinal* primitivement tendu du diaphragme à la région inguinale de chaque côté de la cavité pelvienne.

II. — *Coupe du méso à sa base*, — le méso à deux feuillets regardant : l'un *m*, la ligne médiane ; l'autre *l*, la partie latérale du corps. Il se subdivise en deux mésos secondaires, *m O*, méso ou aileron de l'ovaire, *m M*, méso ou aileron du canal de Müller. Ces deux mésos se fusionnent : en haut, au moment où le ligament diaphragmatique va partager ses fibres à l'ovaire et au canal de Müller ; en bas, au niveau du croisement du canal de Müller par le ligament inguinal. — Le canal de Müller, pénétrant au delà dans le bassin, entraîne le feuillet médian du méso longitudinal primitif et s'en fait un méso qui s'implante verticalement sur la paroi pelvienne latérale. Ce méso étant évidemment continu avec le grand méso longitudinal primitif, l'ensemble constitue une sorte de T dont la branche horizontale reste au-dessus de la cavité pelvienne et en dehors d'elle, et dont la branche verticale contourne le bord du bassin, puis s'applique, en descendant, à la paroi pelvienne.

III. — *Entraînement du méso longitudinal primitif dans le bassin*, vers la ligne médiane, par le rapprochement des deux canaux de Müller qui se fusionnent en un utérus *U*. Plicature du méso qui tend à devenir transversal comme le méso pelvien du canal de Müller figuré en II.

Ils restent d'abord indépendants l'un de l'autre. Dans ce trajet, ils soulèvent nécessairement le péritoine pelvien et entraînent un méso qui se branche sur le méso longitudinal primitif, comme une

expansion de sa face médiane. Ce méso se voit avec la plus grande netteté chez certains animaux (1) et même chez l'embryon humain.

Les canaux de Müller croisent également, à angle presque droit, les artères ombilicales situées contre la paroi du bassin. Ces dernières fournissent au point de croisement les artères utérines, pour le segment inférieur des canaux de Müller. Les utérines remontent de suite, le long du canal de Müller correspondant. Chacune d'elles chemine entre les deux feuillets péritonéaux soulevés par le canal de Müller, dans le méso qui l'unit à la paroi. Comme les annexes ne sont pas encore descendues dans le bassin, et que ce méso est *une partie du ligament large*, l'artère utérine paraît, chez le jeune, s'engager de suite entre les feuillets du ligament large.

Rappelons que les deux canaux de Müller restent isolés chez les animaux à utérus bicorne, mais qu'ils se fusionnent plus ou moins complètement sur la ligne médiane chez les animaux à utérus double, bipartit ou simple.

Le *rapprochement des canaux de Müller* achève de créer le ligament large, tel qu'il existe chez l'adulte. En effet, au point où chacun d'eux croise le ligament inguinal, il adhère intimement à celui-ci. Ils ne peuvent se rapprocher l'un de l'autre, sans entraîner avec eux, vers la ligne médiane, c'est-à-dire dans le bassin, le ligament inguinal et, par suite, le méso longitudinal primitif dont il fait partie. Aussi voit-on ce méso se plier, se couder à angle aigu au niveau du point d'adhérence. Sa face médiane, qui regardait en dedans, se plie en feuille double et tend à prendre la position transversale. Le méso transversal, que soulevaient déjà les canaux de Müller, s'étend alors par le haut

(1) V. par exemple la fig. 11 (embryon de cobaye, dans le mémoire de BLUMBERG (M.) u. HEYMANN (B.). — Ueber den Ursprung, den Verlauf und die Bedeutung der glatten Musculatur in den Ligamenta lata beim Menschen und bei den Saügenthieren. *Archiv f. Anat. u. Phys.*, Anat. Abth. Leipzig, 1898; Hft IV u. V, S. 263-287. Taf. XII, XIII, XIV. — Voir également les fig. 9 (embryon de jument) et 16 (embryon de vache) pour saisir le mécanisme de l'entraînement vers le bassin du méso longitudinal primitif.

et s'accroît aux dépens du méso longitudinal. La surface péritonéale médiane du segment de méso compris au-dessus du point d'adhérence du canal de Müller et du ligament inguinal, qui se réfléchissait sur le flanc et la fosse iliaque, perd pied sur cette fosse iliaque et devient flottante entre la paroi et l'utérus. La surface péritonéale médiane du segment compris au-dessous du point d'adhérence du canal de Müller et du ligament inguinal, qui se réfléchissait sur la fosse iliaque, perd pied sur cette fosse iliaque et devient flottante entre la paroi et l'utérus. Toute la surface péritonéale latérale est entraînée, elle aussi, vers la ligne médiane. Elle s'étale sur la fosse iliaque, perd pied sur cette fosse, s'étend et se déprime dans l'angle formé par la plicature du méso entraîné. Néanmoins, les extrémités du méso restent en place sur le plateau qui domine l'excavation pelvienne, témoignant de la situation primitive occupée par lui. Mais l'ovaire, le ligament de l'ovaire, la partie du canal de Müller qui représente la trompe, le ligament rond, sont entraînés dans le bassin et entrent dans la constitution du ligament large. Wieger (1) a démontré chez l'homme, Blumberg et Heymann chez les animaux, que la portion du ligament inguinal située plus haut que le point d'adhérence avec le canal de Müller, c'est-à-dire le point autour duquel a lieu la plicature, forme chez l'adulte le ligament rond. L'un et l'autre se continuaient jadis en ligne droite. Maintenant ils se continuent à angle aigu.

Le ligament rond reçoit un vaisseau spécial qui lui vient de la paroi abdominale; l'artère spermatique externe. L'ovaire et la trompe, pendant leur migration apparente, entraînent le ligament diaphragmatique supérieur dont les restes constituent le ligament infundibulo-pelvien. Leurs vaisseaux primitivement transversaux, quand l'ovaire était dans la région lombaire, deviennent obliques quand l'ovaire occupe la fosse iliaque puis le

---

(1) WIEGER (G.). Ueber die Entstehung und Entwickelung der Bänder des weiblichen Genitalapparates beim Menschen. — Ein Beitrag zur Lehre des Descencus ovariorum. *Arch. f. Anat. u. Phys.* Anat. Abth. Leipzig, 1885, S. 349-360.

bassin. Ils soulèvent le péritoine en arrière du ligament infundibulo-pelvien et s'isolent eux aussi de la paroi chez l'adulte, formant le cordon vasculaire. Nous avions donc bien raison de dire au début de cet exposé que cordon vasculaire et ligament infundibulo-pelvien n'étaient pas deux termes équivalents, bien que chez l'adulte la distinction entre les deux organes soit souvent difficile. Le ligament infundibulo-pelvien représente la crête du méso primitif ; les vaisseaux soulèvent en réalité le péritoine du feuillet médian de ce méso avant de pénétrer franchement à sa base. Ils cheminent dans cette base, même après son déplacement et s'anastomosent, bien entendu, avec l'artère utérine qui monte le long du canal de Müller.

La conclusion très importante à tirer de ces faits, au point de vue chirurgical, c'est que le ligament large de l'adulte est essentiellement dédoublable. Si l'on fend le péritoine compris entre le ligament rond d'une part, la trompe et l'ovaire d'autre part, on coupe en réalité le feuillet péritonéal latéral du méso primitif, on pénètre dans la plicature de ce méso et à son contact, on ouvre le ligament large. Les deux lames péritonéales juxtaposées par plicature, appartenant au feuillet médian du méso longitudinal primitif, se continuent, sans interruption, avec les feuilles du méso soulevé par le canal de Müller, dans son trajet pelvien. Nous avons dit que l'artère utérine cheminait entre les deux feuilles de ce méso. L'incision ainsi pratiquée conduit directement à l'artère utérine, pour mieux dire à la gaine hypogastrique qui contient ce vaisseau.

Toutefois, il survient encore chez l'adulte deux modifications qui doivent être expliquées. L'utérine, c'est-à-dire la gaine hypogastrique, cesse d'être incluse entre les feuillets du ligament large, car l'insertion pariétale de celui-ci se déplace légèrement en avant pour former la fossette ovarienne. Le feuillet péritonéal postérieur du ligament large se réfléchit donc sur la paroi avant que de tapisser la face postérieure de la gaine hypogastrique, mais il est décollable de cette paroi, et quand on a pénétré dans le ligament large on peut toujours arriver aisément à la gaine hypogastrique.

En second lieu, la surface péritonéale comprise entre le ligament rond et les annexes, qui représente la face latérale du méso longitudinal primitif, au niveau de la plicature, ne reste pas étalée à plat entre ces organes. Il y a une élévation concomitante des annexes et abaissement du ligament rond. Le champ péritonéal, attiré à la fois vers le bas par le ligament rond et vers le haut par les annexes, tend à se disposer dans le plan vertical : il se confond avec le feuillet antérieur de l'aileron de la trompe. Du même coup la largeur transversale du ligament large s'efface, les deux extrémités de la base du triangle évasé se rapprochent, le ligament large devient une lame. Sans doute cette transformation est-elle liée à la production de la fossette ovarienne de l'adulte.

Le ligament large est donc formé, en majeure partie, par le rapprochement de deux lames qui ne sont autre chose que le méso longitudinal primitif plié, sans que le feuillet péritonéal latéral de ce méso subisse toutefois la plicature. On doit, par conséquent, retrouver dans chacune des lames les éléments constitutifs du méso, moins son feuillet péritonéal latéral, c'est-à-dire : une couche péritonéale doublée de fibres lisses (c'est le feuillet médian du méso longitudinal primitif) et une couche conjonctive (c'est le noyau conjonctif du méso longitudinal primitif).

Gubaroff (1) a décrit sous le nom de mésentère cellulaire du ligament rond, une cloison conjonctive qui s'étend de la base du ligament large en bas, au ligament rond en haut ; du bord utérin en dedans, à la paroi pelvienne en dehors. Altuchoff lui attribue une grande importance au point de vue opératoire, et l'utilise dans un procédé de ligature de l'artère utérine. Nul doute qu'il existe du tissu conjonctif dans le ligament large. Il y en a au moins deux couches annexées à chacun des segments du méso longitudinal primitif, juxtaposés par plicature.

Nous tenons à faire cette affirmation, car M. Paul Petit (2),

(1) Sneguireff et Gubaroff. Congrès périodique internat. de gyn. et d'obst., 1re session, Bruxelles, 1892, *Compt. rend.*, 1894, p. 87-98.

(2) Petil (Paul). Le trajet du ligament rond. *Semaine gynécologique*. Paris, 1898, t. III, n° 26, p. 201.

dans un article bienveillant d'ailleurs et nourri de faits, nous a reproché de croire que le ligament large est formé de deux feuillets péritonéaux sans rien dans leur intervalle. Nous nous étions mal expliqué sans doute.

La traînée conjonctive accompagnant le système de l'utérine, de la paroi à l'utérus, est vraisemblablement continue avec le système conjonctif des vaisseaux satellites de la trompe de l'ovaire. Ne serait-ce pas ce feuillet qui correspondrait à la cloison décrite par Gubaroff ?

Il est certain que lorsqu'on décolle avec précaution le péritoine antérieur du ligament large et sa doublure lisse, puis le péritoine postérieur et sa doublure lisse, il reste entre la paroi et l'utérus une cloison conjonctive. Il est également certain que lorsqu'on incise le péritoine du ligament large entre la trompe et le ligament rond, on dédouble facilement le ligament large (v. fig. 25 de notre thèse), entraînant, avec chaque feuillet péritonéal, un feuillet conjonctif, qu'on peut isoler grâce à un artifice de préparation. Le feuillet annexé au ligament rond nous a semblé très ténu, il se réfléchit comme le péritoine antérieur, en avant sur la paroi. Le feuillet postérieur nous a paru plus fort, et il adhère à la gaine hypogastrique. Mais opératoirement parlant, ce n'est rien. Nous pensons que, s'il est facile de dédoubler le ligament large, c'est que le feuillet antérieur est assez bien fixé et qu'il offre un point d'appui solide grâce à sa doublure transversale des fibres lisses. Malgré l'adhérence de la lame conjonctive postérieure à la gaine hypogastrique, l'isolement de celle-ci reste très aisé.

Des coupes histologiques sériées permettront seules de résoudre entièrement la question au point de vue anatomique. Mais nous ne voulons retenir pour l'instant que cette conclusion, à savoir que le ligament large est essentiellement dédoublable ; on peut en tirer des déductions intéressantes pour le chirurgien.

Ainsi l'hystérectomie se réduisant, somme toute, à faire l'hémostase de l'utérus sans léser l'uretère ni la vessie, voici comment on pourrait régler l'hystérectomie abdominale de la façon la

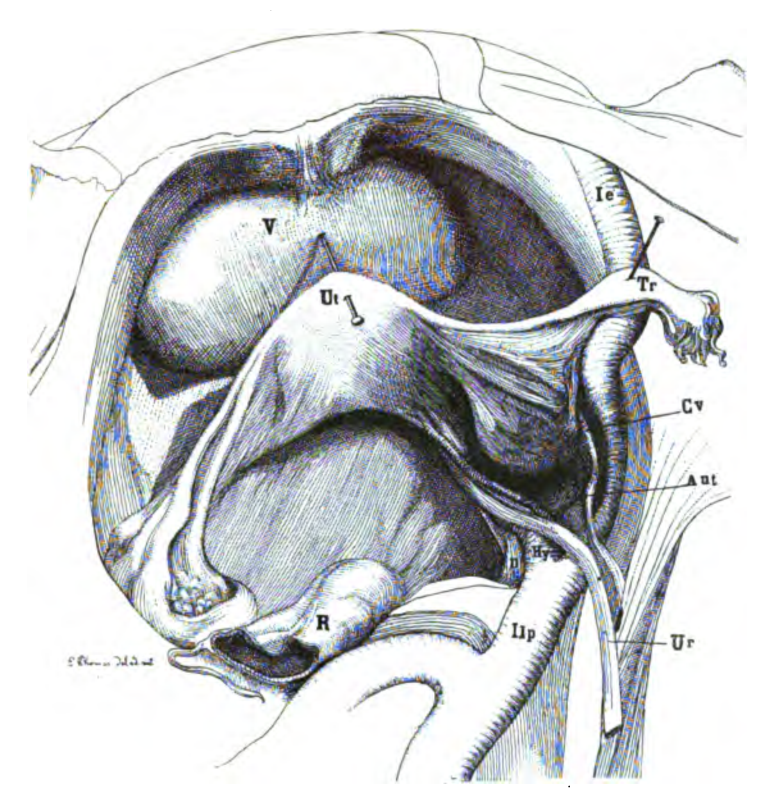


PLANCHE I. — *Fossette ovarienne typique.*
Le bassin a été placé dans la position de Trendelenburg.

V, vessie; *Ut*, utérus; *R*, côlon pelvien et rectum.

Ilp, iliaque primitive; *Ie*, iliaque externe; *Hy*, hypogastrique.

On voit, près de la paroi pelvienne, 3 saillies étagées d'avant en arrière et de plus en plus profondes :

1° Celle du ligament large, méso des annexes et de leurs vaisseaux; *Tr*, trompe; *Cv*, cordon vasculaire tubo-ovarien. Au-devant des ligaments larges, s'ouvrent les fosses paravésicales de Waldeyer;

2° Celle du pédicule vasculaire des organes pelviens, prolongée par l'uretère *Ur*, jusqu'à la bifurcation iliaque.

En arrière et au-dessous de cette saillie s'étend, jusqu'au niveau du sacrum, la fosse hypogastrique de Waldeyer. Le pédicule hypogastrique et le ligament large se touchent : à l'entrée du bassin, quand l'uretère et le cordon vasculaire sont au contact, et près de l'utérus, quand la gaine hypogastrique contenant l'utérine pénètre entre les deux feuillets du ligament large.

La surface en forme de fuseau, comprise entre la base du ligament large et la saillie de la gaine hypogastrique avec son contenu, est la fossette ovarienne. On voit, dans cette région, l'utérine *Aut* apparaître aussitôt après sa naissance, au-devant de l'uretère et cheminer un certain temps parallèlement à lui;

3° *D*, repli péritonéal de Douglas.

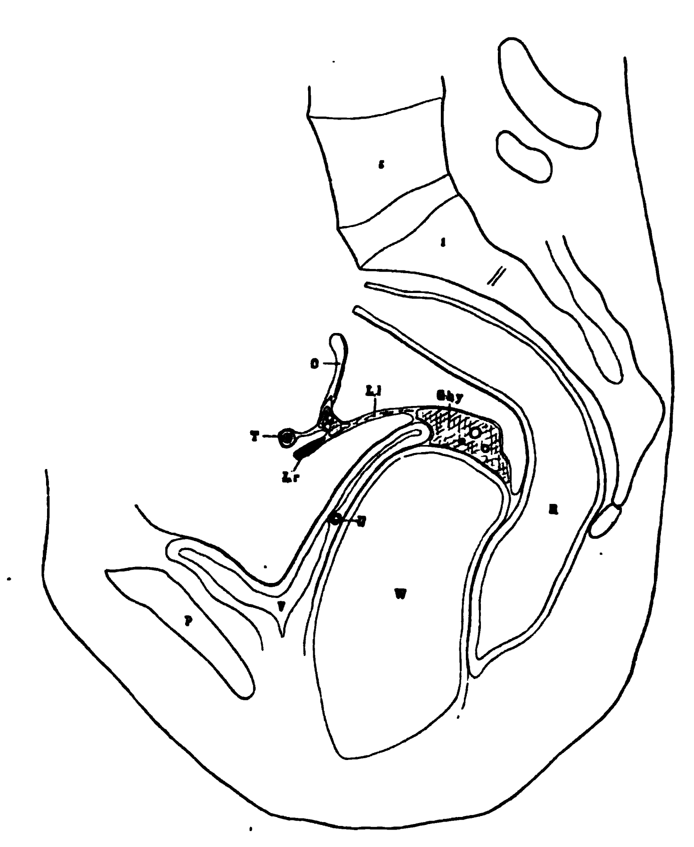


Planche II. — *Rapports de la gaine vasculaire de l'utérus et de son contenu avec le ligament large, le rectum, la vessie et le vagin.*

Injection des artères par la fémorale droite. Coupe verticale antéro-postérieure, pratiquée à 1 cm. environ du bord droit de l'utérus, après dilatation du vagin au maximum, et réplétion par une masse de gélatine fondue. Quand cette masse a été solidifiée, les organes pelviens ont été fixés au moyen de gélatine coulée dans le bassin, puis la pièce a été coupée avec la scie à ruban. Décalque pris sur la pièce, immédiatement après la coupe.

p, pubis ; *5*, 5e vertèbre lombaire ; *1*, 1re vertèbre sacrée.

V, vessie ; *W*, vagin ; *R*, rectum ; *G. hy*, portion de la gaine vasculaire qui contient dans son intérieur les vaisseaux de l'utérus. Dans le magma veineux, on voit la coupe de l'utérine et de deux branches longues cervico-vaginales. — La condensation superficielle du tissu conjonctif constitue à ce magma une gaine qui l'isole des organes environnants : péritoine en arrière ; ligament large en haut ; vessie en avant. C'est ce paquet qu'on étreint en masse, pour faire l'hémostase de l'utérine et de ses branches, par la voie vaginale.

Ll, ligament large, presque horizontal, car la réplétion du vagin a soulevé l'utérus et l'a mis en antéversion ; *Lr*, ligament rond ; *T*, trompe ; *O*, ovaire dont la coupe a frôlé le bord.

Notez la situation de l'uretère par rapport au pédicule vasculaire utérin.

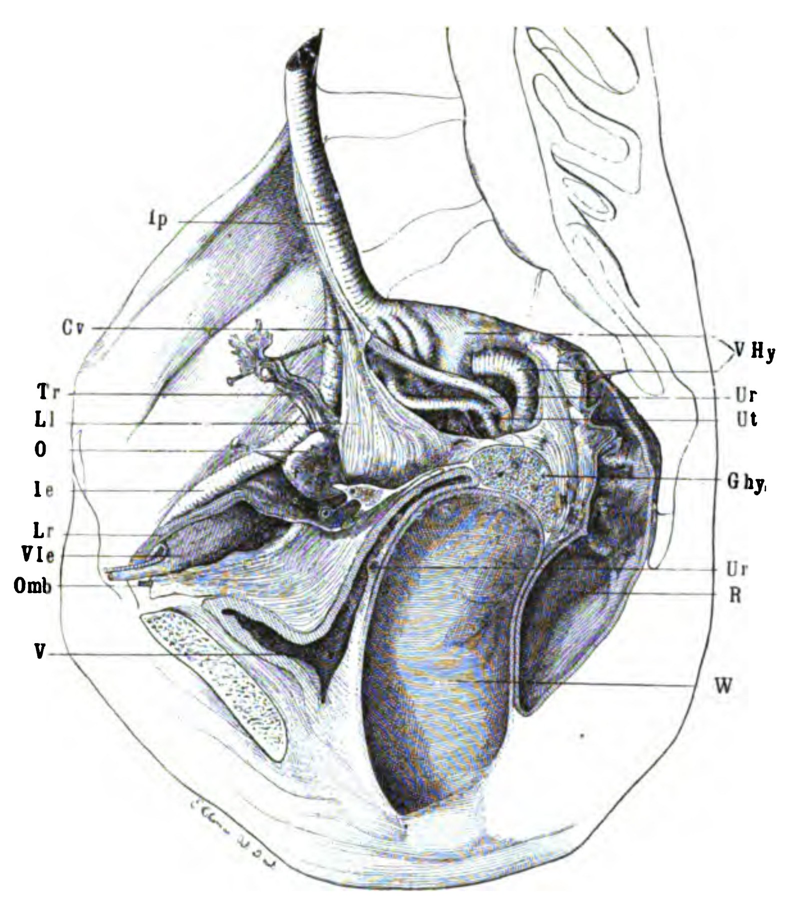


PLANCHE III. — Cette pièce n'est autre que la précédente. Après décalque de la coupe, la gélatine qui remplissait le vagin et qui fixait les organes a été enlevée pour permettre la dissection. La figure représente donc à la fois la coupe précédente, les rapports ayant été modifiés aussi peu que possible, et la perspective des organes en coupe. On y voit la région de la fossette ovarienne et les rapports de l'uretère et de l'utérine à l'origine.

V, vessie; *W*, vagin; *R*, rectum;

Ip, artère iliaque primitive; *Ie*, artère iliaque externe; *VIe*, veine iliaque externe; *VHy*, artère et veine hypogastriques, branches extra-pelviennes en particulier.

L'uretère *Ur* et le cordon vasculaire tubo-ovarien *Cv* qui soulève le ligament large *Ll* se touchent au niveau de la bifurcation iliaque, puis ils s'écartent. La région comprise entre l'uretère et la base du ligament large est la fossette ovarienne. On y voit l'utérine *Ut*, née en arrière de l'uretère, passant entre lui et la paroi, cheminant parallèlement à sa direction, puis le surcroisant pour aller à l'utérus; *Omb*, ombilicale née avec l'utérine, mais restant plus haute et plus profonde. Elle apparaît en avant par transparence le long du bord vésical; *Tr*, Trompe; *O*, ovaire; *Lr*, ligament rond.

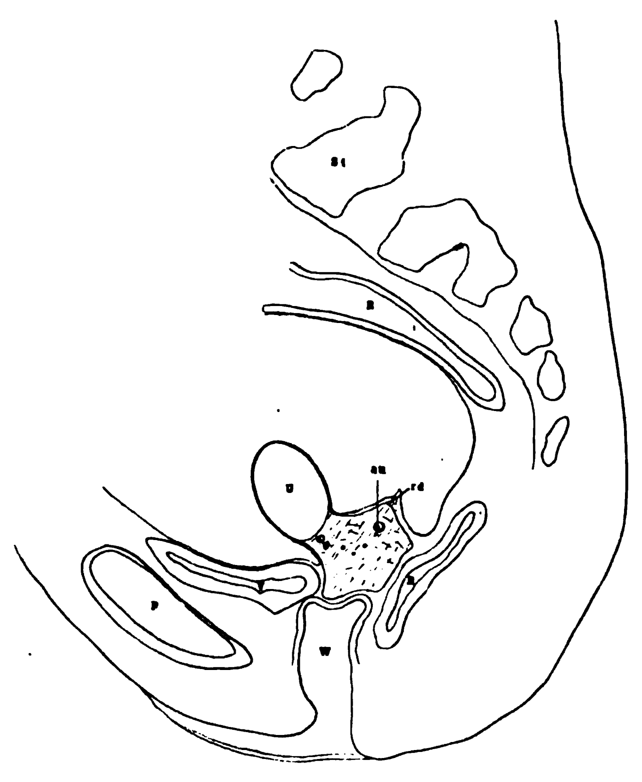


PLANCHE IV. — *Rapports de la gaine vasculaire utérine et de son contenu avec les organes voisins, l'utérus étant abaissé au maximum.*

Les artères ont été injectées, le vagin rempli de gélatine après abaissement et fixation de l'utérus, les organes pelviens pris dans un bain de gélatine. Le bassin ainsi préparé, nous l'avons débité en tranches parallèles et antéro-postérieures. — La figure est le décalque d'une de ces tranches, fait immédiatement après la section. Elle correspond au segment du bassin qui contient le ligament large et le pédicule vasculaire utérin droits.

La coupe a passé très près du bord droit de l'utérus, rasant le col utérin et tranchant la corne utérine *U, p*, pubis : *S1*, 1re vertèbre sacrée ; *V*, vessie ; l'embouchure vésicale de l'uretère se trouve immédiatement en dehors et en arrière de la petite encoche qu'on voit sur la paroi inférieure ; *W*, vagin ; *R*, rectum.

au, tronc de l'artère utérine coupée deux fois. L'artère et trois de ses branches sont noyées dans un magma veineux, individualisé et séparé des organes voisins par la condensation périphérique du tissu conjonctif qui unit vaisseaux et nerfs (gaine hypogastrique) ; *rd*, soulèvement péritonéal de Douglas. On comprend qu'on puisse en ouvrant le cul-de-sac vaginal, en avant et en arrière, isoler : la partie antérieure du pédicule vasculaire, de la vessie et du péritoine ; la partie postérieure, du péritoine et du rectum.

plus rationnelle à l'aide des données diverses que nous avons acquises :

1° Fendre de chaque côté le ligament large, de la paroi pelvienne à l'utérus, entre le ligament rond en avant, la trompe en arrière ; introduire deux doigts par la fente et séparer les deux lames du ligament large jusqu'à ce qu'on atteigne la gaine hypogastrique, qu'on dénude légèrement en avant et en arrière. La traction exercée sur l'utérus, du côté de l'abdomen, facilite évidemment l'opération ;

2° Placer une double ligature sur les ligaments ronds et les cordons vasculaires des annexes près de la paroi pelvienne et couper entre les deux ligatures ;

3° Inciser le feuillet antérieur du ligament large, d'un moignon de ligament rond à l'autre, en faisant cette incision courbe pour qu'elle passe sur la face antérieure de l'utérus, près du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, parallèlement en un mot, et à brève distance de la courbe des gaines hypogastriques ;

4° Décoller la vessie de a face antérieure de l'utérus et du vagin, sur la ligne médiane. Le doigt s'engage alors dans un puits. On l'élargit transversalement en y plaçant les deux index et en les écartant, ce qui sépare le pédicule vésical latéral avec l'uretère, du pédicule utéro-vaginal ;

5° Inciser le feuillet postérieur du ligament large comme l'antérieur d'un cordon vasculaire à l'autre, et décoller encore mieux les faces postérieures des gaines hypogastriques.

6° L'utérus ne tient plus de chaque côté que par le pédicule utéro-vaginal. A son sommet apparaît le tronc de l'utérine qu'on peut dénuder aussi près qu'on voudra de l'origine et lier dès ce niveau, c'est-à-dire, comme nous le montrerons ultérieurement (1), avec ses branches cervicales et vaginales longues. On l'isole pour cela de l'uretère, qui reste bas, surtout quand on exerce une forte traction sur l'utérus du côté de l'abdomen. En pratique, si l'on craint de léser l'uretère, ou si l'on ne veut pas risquer sa dénudation, on peut lier ou pincer l'artère au moment où le pédi-

(1) Voyez notre thèse, p. 52-55 et fig. 10, 11, 17 et 19.

cule vésical comprenant l'uretère se détache du pédicule commun vésico-utéro-vaginal, c'est-à-dire au point le plus déclive de sa courbe pariéto-utérine.

7° Il n'y a plus qu'à trancher le pédicule utérin au-dessous de la ligature, jusqu'au niveau du vagin, si l'on exécute une hystérectomie totale; à couper transversalement le col, si l'on veut pratiquer une hystérectomie sus-vaginale.

On a fait, comme hémostase préalable, tout ce qui est possible. Seules les tranches vaginales risquent de saigner un peu, en raison de la récurrence par les artères vaginales, mais leur hémostase préalable est pratiquement irréalisable.

Les deux lambeaux péritonéaux, formés par ce qu'on a laissé des ligaments larges, ayant été taillés suivant la courbe des gaines hypogastriques, se laisseront aisément rapprocher et suturer par-dessus celles-ci. On fera disparaître ainsi l'espace mort de décollement. On pourra même recouvrir le moignon utérin, si l'on fait une hystérectomie sus-vaginale, pourvu qu'on n'ait pas conduit trop bas la courbe d'incision péritonéale, et qu'on ait enlevé quelque peu de tissu utérin avec le péritoine, afin qu'il ne se déchire pas sur la ligne médiane. L'utérus est amené complet, avec les trompes, les ovaires et les ligaments ronds.

Cette opération, anatomique et rationnelle, est à peu de chose près celle que pratique couramment notre maître M. le professeur Terrier.

Nous pensons qu'il est avantageux de dénuder la gaine hypogastrique avant de sectionner le ligament large, car l'isolement de celle-ci est plus facile. La ligne de suture répond sensiblement à la base des ligaments larges et se présente comme elle, non sous l'apparence d'une ligne transversale, mais d'un fer à cheval à convexité antérieure.

Le cordon vasculaire utéro-ovarien et la gaine hypogastrique avec son contenu, ne représentent pas seulement des voies vasculaires et nerveuses; ce sont des moyens de fixité réels pour l'utérus. Nous avons déjà dit qu'anatomiquement la

trompe et l'ovaire sont soutenus par le cordon vasculaire. La clinique affirme ce rôle. Il n'est pas rare d'observer des prolapsus de l'utérus après la castration bilatérale.

Le pédicule hypogastrique avec sa gaine est le plus solide moyen de fixité de l'utérus. Il faut, pour s'en convaincre, avoir constaté le degré de résistance de cette lame. Elle la doit non seulement aux vaisseaux enchevêtrés qui la constituent, mais surtout aux nerfs très nombreux et très solides qu'elle contient. En raison de la courbe décrite par son bord libre, elle maintient l'utérus, tout en lui permettant des flexions. Plus longue que le cordon vasculaire tubo-ovarien, elle tolère aussi un certain déplacement de l'utérus vers le bas, quand le cordon tubo-ovarien est coupé. On est donc en droit de se demander si la section de la lame vasculaire entre deux ligatures, comme le propose Goelet (1) pour l'hémostase de l'utérine, en conservant l'utérus, ne risque pas de supprimer un moyen de fixité précieux pour cet organe.

Le pédicule hypogastrique n'empêche pas non plus le déplacement de l'utérus vers le haut, surtout après la section des cordons tubo-ovariens plus courts et dirigés perpendiculairement vers l'utérus. C'est pour cela qu'il est avantageux de couper d'abord les deux cordons, quand on veut pratiquer aisément l'hystérectomie abdominale, comme dans le procédé de M. Hartmann (2) par exemple. On ne peut faire remonter l'utérus vers l'ouverture abdominale pour atteindre facilement l'utérine que lorsque le cordon court qui l'enchaîne à la paroi pelvienne a été tranché.

(1) GOELET (Augustin H.). Improved technique of vaginal ligation of the uterine arteries, etc. *Med. Record*, New-York, 1897, vol. LI, p. 338-339.

(2) HARTMANN (H.). L'hystérectomie abominale totale, sa technique opératoire, etc. *Ann. de gyn. et d'obst*. Paris, 1897, t. XLVIII, n° 1, p. 1-14.

DE

L'EMPLOI DE LA VAPEUR D'EAU

EN GYNÉCOLOGIE ET EN OBSTÉTRIQUE

Par le Dr R. Labusquière.

La priorité de l'emploi de cet agent thérapeutique revient à Snejireff. Une analyse publiée dans le *Centralblatt f. Gynäk.*, 1895, nº 3, par F. Neugebauer, fit connaître les circonstances qui conduisirent Snejireff à étendre les applications de cet agent thérapeutique.

« En 1893, le chirurgien russe extirpait un kyste échinocoque, adhérent au lobe gauche du foie par une base large de 4 travers de doigt. Il chercha à dégager au fer rouge la base de la tumeur, mais il ne réussit pas à maîtriser avec le fer rouge l'hémorrhagie qui se fit au niveau du tissu hépatique. L'hémorrhagie ne s'arrêta que lorsque l'épiploon eut été appliqué comme tampon au niveau de la plaie. »

Persuadé, comme d'autres chirurgiens, de l'insuffisance des moyens ordinaires (les ligatures sectionnent le tissu) contre les hémorrhagies fournies par le tissu hépatique, il songea à un agent d'hémostase qu'il connaissait depuis longtemps. En effet, depuis sept à huit ans déjà, il avait employé la vapeur d'eau à titre de caustique et d'hémostatique en gynécologie. Après dilatation préalable du col et curettage, il introduisait dans l'utérus un cathéter fenêtré, criblé à son extrémité de petits trous, à travers lequel il conduisait un fin tube métallique en communication avec une source de vapeur d'eau. L'action de la vapeur, environ à 100° et prolongée de 1/2 à 1 minute, suffit pour

la cautérisation et l'hémostase. La manœuvre n'est pas douloureuse, à ce point que la malade ne s'aperçoit même pas du moment où la vapeur entre en contact avec l'utérus.

« Au cours de recherches expérimentales, on constata sur les utérus extirpés que, immédiatement après la vaporisation, la muqueuse était comme échaudée, comme tapissée d'une pellicule mince, blanchâtre. Les phénomènes de décomposition, de fétidité, de sensibilité anormale de la muqueuse utérine, se trouvaient supprimés. En sorte que l'importance de la vapeur d'eau était démontrée par cette action multiple: *cautérisation, hémostase, anesthésie, antisepsie* » (1).

Après Snejireff, c'est Ludwig Pincus (Dantzig) qui s'est le plus occupé de l'étude de l'emploi de la vapeur d'eau, et qui s'est le plus efforcé de le vulgariser.

L'appareil, envisagé dans ce qu'il a d'essentiel, consiste en un récipient, source et réservoir de vapeur. L'eau contenue dans le récipient et destinée à fournir la vapeur peut être portée à l'ébullition par une lampe à alcool. Un thermomètre indique la température du récipient. Celui-ci est relié par un tube en caoutchouc avec le tube métallique qui, à travers le cathéter utérin, amène la vapeur dans l'utérus.

Bien entendu, l'expérience a conduit les opérateurs et plus particulièrement Pincus à apporter diverses modifications à l'appareil primitif de Snejireff.

En 1895, également dans le *Cent. f. Gyn.*, Pincus publiait un premier article: *de l'emploi thérapeutique de la vapeur d'eau chaude* (100° C.) *en gynécologie*. Il avait expérimenté le nouvel agent thérapeutique dans les cas suivants :

1° 1 cas de cancer du corps de l'utérus, inopérable. Symptômes : douleurs intra-pelviennes fortes, métrorrhagies, écoulement fétide.

2° 3 cas d'endométrite hyperplasique (Olshausen) non compliquée. Symptômes : ménorrhagie, 14-18 jours, 8-10 jours.

3° 5 cas d'endométrite cervicale, 3 fois avec érosion de la portion vaginale du col, leucorrhée.

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 3, p. 75.

Les résultats furent très satisfaisants.

Pincus constata ce qui suit :

1° Dans le cas de cancer, au moment où la vapeur commença de circuler, il s'écoula, au dehors du col, une quantité notable de sang et de liquide sanguinolent, mélangé de débris et de caillots nombreux. Au bout d'une 1/2 à 1 minute, 1 minute 1/2 au maximum, le cathéter fut retiré. Il était recouvert de caillots noirâtres, très adhérents, qui obstruaient presque complètement les orifices du cathéter. Immédiatement après l'application de la vapeur, hémorrhagie et écoulement fétide cessèrent et ne reparurent que 8 à 10 jours plus tard.

Dans les cas d'endométrite hyperplastique, les résultats furent très satisfaisants. Mais, *dans un de ces cas, bien qu'il n'existât aucune complication annexielle, l'intervention fut suivie de colique utérine intense, qui céda à la cocaïnisation de la cavité cervicale.*

Les résultats, d'ailleurs favorables, observés dans les cas d'endométrite du col étaient de date trop récente pour permettre de juger la valeur de la méthode.

« Les résultats que j'ai obtenus jusqu'ici, écrivait l'auteur, m'autorisent à conseiller la méthode.

A mon avis, l'emploi de la vapeur chaude rendrait de grands services particulièrement dans l'*endométrite puerpérale.*

Les germes infectieux sont détruits, les vaisseaux lymphatiques et veineux thrombosés, fermés par les caillots.

La question sera sans doute élucidée par des personnes compétentes (1).

En 1896, E. Kahn publie un travail sur *l'usage thérapeutique de la vapeur d'eau dans l'endométrite puerpérale.*

Au début, Kahn faisait agir la vapeur à 100° jusqu'à deux minutes ; plus tard, il employa la vapeur à 115° C. de 1/4 de minute à une minute entière. Les résultats ont été d'autant meilleurs que l'action a été plus énergique. L'action de la vapeur fut en général peu douloureuse ; quelques femmes accu-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 11, p. 284.

sèrent quelques légères douleurs au début du contact de la vapeur avec l'utérus. La vapeur envahit d'abord la cavité utérine, excite, en la distendant, la musculeuse et provoque une contraction énergique de celle-ci, contraction que traduit la sortie avec force de la vapeur par le tube extérieur.

Il ne fut enregistré aucun contre-temps, et la méthode n'occasionna jamais rien de fâcheux, même pour les malades chez lesquelles l'infection avait déjà dépassé l'utérus.

« Notre expérience personnelle, écrit l'auteur, nous autorise à déclarer tout au moins la méthode inoffensive. Dans le plus grand nombre des cas, les malades accusèrent à la suite du traitement un grand soulagement, qu'il faut rapporter surtout à la diminution de la sensibilité de l'endométrium. L'utérus se contracte chaque fois énergiquement et l'involution est plus rapide que dans les cas d'accouchements à marche normale. Il faut, pour l'application de la vapeur, tenir compte de la consistance de la paroi utérine : plus cette paroi est mince et flasque, plus la température de la vapeur doit être basse, et *vice versa. Les phénomènes inflammatoires au début, quand il n'existe pas encore de suppuration, avec irritation réactionnelle du péritoine, paraissent favorablement influencés par la vapeur*. Mais l'existence d'un processus suppuré du côté des annexes contre-indique l'emploi de la vapeur, de ce seul fait déjà que son application provoque de violentes contractions utérines.

Quand il y a dans l'utérus des restes de placenta, des débris ovulaires, des caillots sanguins, il faut absolument procéder à leur évacuation (doigt ou curette). A défaut de cette évacuation, l'action de la vapeur, *in utero*, en favorisant la décomposition de ces éléments, augmenterait les dangers d'infection. Au contraire, après cette évacuation, l'échaudement de l'endométrium provoque la formation d'une sorte de couche protectrice, qui prévient la dissémination nouvelle au delà de l'utérus des germes infectieux. Deux à trois jours après l'application de la vapeur, il convient de faire une irrigation intra-utérine légère pour entraîner les débris nécrosés (solution salée

physiologique, eau bouillie, solution de lysol à 1 p. 100).

L'auteur relate ensuite 9 observations. En voici une comme type.

X..., 38 ans, 4e accouchement le 22 avril. Le 3e jour après l'accouchement, T. 39°,1; P. 102. L'utérus, dont le fond est à l'ombilic, est douloureux. Écoulement extrêmement fétide. — Curettage, qui permet d'extraire des fragments de placenta. Résultat nul; les irrigations, les pansements intra-utérins restent également inefficaces. T. 39°,2 — 37°,9, C. Même fétidité.

Le 6 mai, *application de la vapeur* à 105° C. 1/4 de minute. La malade n'accuse aucune douleur. La fétidité persiste, quoique diminuée. Le lendemain, application plus énergique, vapeur à 112°,1/2 minute. T. le soir encore à 38°,3. Fétidité complètement supprimée ; deux jours après la température est définitivement redescendue à la normale. Involution très rapide de l'utérus. La malade guérie part le 12 mai.

L'auteur fait suivre la relation des observations des considérations suivantes : « Comme il ressort de ce qui précède, la vapeur d'eau fut, la plupart du temps, employée après échec d'autres moyens thérapeutiques. Les résultats les meilleurs ont été obtenus quand on a le moins tardé à l'appliquer : par exemple, dans les cas 6 ou 7, où il s'agit d'endométrite non compliquée. Dans les cas 7 et 9, la vapeur n'eut aucune efficacité, sans doute par la raison que l'infection était déjà généralisée. Dans le cas 4, la vaporisation eut lieu alors qu'il restait encore des portions de placenta dans l'utérus, condition dans laquelle son emploi est plutôt nuisible (décomposition plus active de ces débris et pullulation plus facile des germes infectieux).

« *Conclusions*. — L'application de la vapeur d'eau sur la surface intérieure de l'utérus est :

1° Sans effets fâcheux et peu douloureuse ;
2° Elle diminue la sensibilité de l'utérus ;
3° Provoque des contractions utérines énergiques ;
4° Supprime la fétidité ;
5° Possède une action bactéricide ;
6° Produit, par l'oblitération des vaisseaux lymphatiques et

sanguins et par la coagulation des éléments albuminoïdes, une couche protectrice au-dessous de laquelle s'effectue un processus de granulation réparateur (1). »

En 1897, L. Pincus publie une note sur *la vaporisation dans le traitement de l'avortement putride*. Il l'a employée dans 10 cas de cet ordre. Elle lui paraît constituer une méthode rationnelle, scientifique, susceptible de réduire au minimum les risques de l'intervention, surtout dans les cas négligés, observés dans la pratique ordinaire. Non seulement la vapeur tue les germes et revêt les plaies fraîches d'une couche protectrice, mais elle provoque, par excitation mécanique, la contraction énergique de la musculeuse, ce qui réduit la surface cruentée et accélère l'involution, c'est-à-dire, la plupart du temps, la convalescence.

Chez aucune de ses malades, il n'a observé d'effet fâcheux. Toutefois, la fièvre ne cessa brusquement que 5 fois ; dans 2 cas, elle s'amenda par lysis ; les 3 autres cas étaient apyrétiques. L'auteur attribue la défervescence par lysis à une infection légère déjà existante.

L'odeur fut supprimée presque immédiatement dans tous les cas ou s'atténua au point d'être à peine perçue. Dans un cas seulement, la vaporisation fut renouvelée au bout de trois jours (défervescence par lysis). Environ vers le troisième ou quatrième jour, un écoulement leucorrhéique commençant à se produire, il fut fait des injections vaginales (solution salée à 0,7 p. 100 ; 1 fois solution de permangate de potasse).

Il y aurait, dans ces cas, cette autre raison d'utiliser la vaporisation. Employée à 100° pendant deux minutes, elle permet de détruire l'épithélium malade, cause d'avortement habituel. Or, cet épithélium supprimé, on peut, par des applications de teinture d'iode, déterminer la formation d'un épithélium sain.

Pincus se sert, dans le but de protéger le vagin, de spéculums cylindriques en bois ; les brûlures du col guérissent, le plus souvent, sans cicatrice.

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 99, p. 1233.

Contrairement à Kahn, il procède en général à la vaporisation sans se préoccuper du contenu de l'utérus. Deux fois seulement, il enleva d'abord l'arrière-faix retenu *in toto* (décollement mousse, puis expression bimanuelle).

Dans les autres cas, il laisse agir la vapeur une demi-minute, enlève ensuite avec la curette mousse les débris qui peuvent se trouver dans l'utérus, puis laisse encore agir la vapeur une minute.

« *Conclusion.* — De mon expérience personnelle, écrit Pincus, je conclus que la vaporisation est en quelque sorte un *spécifique* dans le traitement de l'*avortement putride*. D'autre part, de certaines considérations théoriques, parfaitement rationnelles, et d'un certain nombre de faits publiés par Kahn, j'estime que ce procédé thérapeutique s'affirmera comme un spécifique dans le traitement de l'endométrite puerpérale non compliquée (1). »

Dans un nouveau travail, qui date de 1898 (2), le même auteur décrit, très en détail : 1° l'*instrumentation* perfectionnée à laquelle il est arrivé et qui lui permet d'éviter les inconvénients que présentaient les appareils primitifs (brûlures du vagin, de l'orifice vaginal, variations de la température, explosions, etc.), 2° la *technique opératoire*. Il pose ensuite les indications de la méthode.

Au point de vue de l'instrumentation, à noter cette particularité. Pincus emploie deux types de cathéter qui présentent une différence essentielle : avec l'un, la vapeur d'eau agit directement sur le tissu utérin, a) *vaporisateur utérin*, utérus vaporisateur; avec l'autre, la vapeur n'agit pas directement, mais, indirectement, à travers un cathéter fermé, b) *vapocautère utérin*, utérus vapocautère (sonde utérine échauffable, heitzbare, utérus sonde); ce second type se présente soit sous la forme d'une sonde-bougie, soit sous une forme aplatie à bords tranchants.

Ce dernier modèle est le *vapocautère*, que l'auteur considère

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 7, p. 190.
(2) *Ibid.*, 1898, n° 10, p. 256.

comme un agent thérapeutique moins puissant que le thermocautère de Paquelin et appelé à suppléer celui-ci toutes les fois qu'on a à redouter une action trop profonde de ce dernier. Donc, a) *vaporisateur utérin* (action directe de la vapeur), b) *vapocautère utérin* (cautérisation indirecte) et *vapocautère* (cautérisation indirecte, mais avec un instrument destiné à des usages plus généraux).

*
* *

Il est tout à fait indispensable, écrit Pincus, de se servir d'un récipient très solide, car des températures de 100° ne suffisent pas toujours : « actuellement, je porte la vapeur à 105°, au plus à 110° ; je ferme le tube, j'enlève la flamme et j'introduis rapidement le cathéter dans l'utérus. Je replace la flamme sous le récipient. J'ouvre lentement le tube et je laisse circuler la vapeur. En général, *des températures* de 102 à 108° *prolongées une demie à une minute suffisent.*

110° représentent la température *maxima* pour la vaporisation dans les cas les plus graves.

« *Quand on fait la vaporisation dans le but de maîtriser une hémorrhagie menaçante et, le cas échéant, de supprimer sa cause, on voit s'échapper librement par le tube abducteur une quantité considérable de sang et de caillots (effet produit par la force de la vapeur), c'est là un avantage considérable du dispositif nouveau.*

Obs.— Le 13 décembre 1897, je dus, chez une dame très faible, très anémique, en outre très craintive, faire, séance tenante, la vaporisation à cause d'une hémorrhagie profuse, consécutive à l'enlèvement d'un tampon, et suivie de perte de connaissance (curettage, hémostatiques avaient déjà échoué). *Après une demi-minute l'hémorrhagie s'arrêtait complètement.* La vapeur avait entraîné par le tube abducteur une grande quantité de sang et de caillots sanguins. Opération à peu près indolore et sans phénomènes réactionnels. Après l'opération, la malade put, accompagnée de parents, regagner son domicile qui était voisin. Elle garda le lit cinq jours. (En général, il convient de prescrire *le repos au lit de cinq à huit jours.*) L'écoulement leucorrhéique (habituel après

la vaporisation) dura environ douze jours. Il n'y avait pas encore de récidive de l'hémorrhagie, onze jours après l'intervention.

Phénomènes observés après la vaporisation. — Dans tous les cas, il se produit un *écoulement leucorrhéique* plus ou moins abondant. L'odeur fétide qui pouvait exister, est presque toujours, particulièrement dans l'avortement avec fétidité, supprimée. *Exceptionnellement* toutefois, *il arrive que la leucorrhée après* (non ergo propter) *les vaporisations sent mauvais.*

*
* *

Contre-indications. — Après trois années d'expériences, l'auteur se tient exactement à sa formule première : *pas de vaporisation au cas de complications annexielles.*

Il est, d'autre part, très près de se ranger à cet avis de Kahn que « *des phénomènes phlegmasiques au début — sans suppuration établie — avec irritation réactionnelle du péritoine sont favorablement influencés par la vapeur.* »

En général, une *rigidité considérable de la portion vaginale du col constitue une contre-indication absolue à l'opération.*

*
* *

La vaporisation (durée 1 minute, T. 102-105) agit de façon tout à fait favorable contre les hémorrhagies de la ménopause et contre la leucorrhée qui la suit. Dans un cas de leucorrhée post-climatérique très rebelle, la vaporisation (2 minutes, 110°) amena une oblitération complète de la cavité utérine.

a) *Hémorrhagies de la ménopause profuses*, 18 cas : 13 succès persistants (durée de l'observation de 5 mois à 2 ans) ; 5 cas sont de date trop récente.

b) *Subinvolution de l'utérus* (ménorrhagie), 7 cas : 5 fois, vaporisateur, 2 fois, vapocautère, 1 minute 100-105°. Résultat bon, 5 fois. Dans 2 cas soumis à la vaporisation, involution défectueuse (brides para et périmétriques).

c) *Hémorrhagies liées à des myômes interstitiels et sous-*

séreux, 5 cas : 4 succès. (L'auteur voit dans les myômes sous-muqueux ou polypeux une contre-indication à cause des risques de suppuration).

d) *Endométrite hyperplasique* (Olsshausen), 8 cas (dans 6 cas le vaporisateur, dans 2 cas le vapocautère; d'ailleurs, *l'auteur ne reconnaît aucune différence d'action aux deux instruments*) : 5 succès ; il fallut 3 fois intervenir à nouveau après quatre, cinq et sept mois (1 minute à 1 minute 1/4, 100-105°).

e) *Endométrite du corps gonorrhéique :* 2 cas (1 minute, 102°). 1 fois, persistance d'une leucorrhée légère.

f) *Endométrite du col gonorrhéique :* 3 cas. Vapocautère (1 minute à 1 minute 1/4); 3 succès, 1 fois sténose modérée.

g) *Endométrite catarrhale du corps*, 5 cas : 4 vaporisations, 3 succès.

h) *Endométrite catarrhale du col*, 18 cas : 14 succès ; 4 résultats non satisfaisants (1-1 min. 1/2, 100-105°).

i) *Endométrite dysménorrhéique :* 5 cas, 4 vierges. Vapocautère (1/2 min. à 1 minute, 100-103°) ; 3 succès complets ; 2 incomplets.

j) *Infection puerpérale généralisée*. Résultat nul.

k) *Endométrite puerpérale*. Dans un cas, résultat favorable.

Obs. — Involution utérine mauvaise, odeur fétide, écoulement sanguin abondant. T. 38°,2. Vaporisation 1 minute à 102°. — Immédiatement, contraction de l'utérus, suppression de l'hémorrhagie, de la fétidité et de la fièvre. Involution remarquable. La leucorrhée disparut complètement dix-huit jours après l'intervention.

Faisant allusion à un cas publié par F. Baruch (1), d'*atro-*

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 5, p. 113. — X..., 27 ans, accouchement spontané. Dès le cinquième jour des suites de couches, fièvre. Réapparition de la menstruation, bien que la femme n'allaitât pas, seulement quatre mois et demi après l'accouchement. A ce moment, perte de sang qui dura huit semaines. La femme s'adresse à une doctoresse qui fait, séance tenante, une vaporisation. Du coup, l'hémorrhagie est supprimée. La femme se croit guérie et reprend ses

phie complète de l'utérus à la suite d'une vaporisation, faite en ville, Pincus fait remarquer que ce fait ne saurait être préjudiciable à la méthode elle-même, mais qu'il démontre que celle-ci doit être appliquée avec prudence. Pour sa part, malgré les résultats favorables qu'il a obtenus, *il cherchera désormais à produire une action moins prolongée* (0,5" à 1 minute) *et moins intense* (100-104°).

*
* *

Dans un article plus récent (1), Pincus insiste à nouveau sur les précautions qu'exige l'application thérapeutique de la vapeur d'eau. Il faut avoir un appareil bien conditionné. A cet égard, il a imaginé un dispositif en bois, destiné à protéger le col contre l'action directe de la vapeur. Il note que le tube abducteur peut être obstrué par les caillots et indique la manière de parer à cet inconvénient. Il constate que l'application relativement prolongée de la vapeur peut produire des atrésies complètes de la cavité utérine semblables à ce qui a été observé avec l'emploi du chlorure de zinc, mais sans amener les complications inflammatoires graves qui ont compliqué celui-ci. D'ailleurs, fait-il remarquer, ces atrésies, ces oblitérations de la cavité utérine ne sont pas toujours *involontaires*. Elles sont quelquefois le but et permettent d'éviter par exemple l'hystérectomie. La méthode est également très utile dans les cancers inopérables du col de l'utérus; aussi quand il s'agit de stériliser la cavité utérine avant de procéder à l'hystérectomie, etc. Mais, comme il l'a déjà expressément noté, *il faut prendre garde d'exalter la malignité d'un processus existant*, et à ce point de vue, le curage explorateur suivi d'un examen histologique peut être indiqué. Au résumé, à l'heure actuelle, la question se pose

---

occupations. Mais les règles ne reparaissent plus. (Ménopause prématurée, céphalées, bouffées de chaleur, palpitations.) De plus, à l'examen génital, constatation d'une oblitération complète de la cavité cervicale, état analogue à celui constaté maintes fois à la suite des applications fortes de chlorure de zinc.

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 38, p. 1019.

ainsi : règle générale, *il faut ne laisser agir la vapeur que le moins de temps possible*, un quart de minute dans le plus grand nombre de cas, une demi-minute au *maximum*. Chez les sujets jeunes, une demi-minute lui paraît excessif : mieux vaut réitérer l'application. La température sera de 102 à 110°. En général, *la température sera d'autant plus élevée que l'application sera plus courte*. Quelques secondes suffisent, avec une température de 110°, pour produire une cautérisation superficielle énergique. Actuellement, il nettoie soigneusement, avant l'opération, la cavité utérine avec des sondes de Playfair, stérilisées, tandis que, jadis, il soumettait à la vapeur tout ce qui était *in utero*.

*
* *

Ici se place un article important au point de vue de la méthode, car il vient interrompre la série des résultats, plutôt favorables. L'article est de Van der Velde, assistant à la « *Frauenklink* d'Amsterdam : *Vapocautérisation utérine. Mort par péritonite septique après rupture spontanée, secondaire* (1).

Obs. — Y..., 45 ans, 6 enfants, toujours bien portante. Réglée à 12 ans ; depuis, toutes les trois semaines ; deux jours, modérément. Depuis environ quatorze semaines, l'écoulement est devenu profus et dure sept jours, *hémorrhagies probablement liées à la venue de l'âge critique*. La femme d'ailleurs n'accuse aucune souffrance, elle est bien portante et alerte comme jadis. L'examen gynécologique ne révèle rien d'anormal. La *vapocautérisation est faite avec l'appareil* de Pincus.

La femme, nerveuse, est, le 15 septembre, soumise à la narcose et désinfectée. Écartement des parois antérieure et postérieure du vagin avec des écarteurs, saisie et fixation de la portion vaginale du col avec une pince à traction. Dilatation du col, pourtant naturellement assez large, avec des bougies d'Hegar, jusqu'au n° 10. La *vapocautérisation* est alors faite par le professeur Treub suivant les règles tracées par Pincus : la vapeur est portée à 105° C. Le vapocautérisateur introduit, on fait agir la vapeur *exactement une minute*.

L'instrument sorti, application d'une bande de gaze iodoformée.

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 52, p. 1409.

L'utérus paraît dur comme de la pierre! Le jour de l'opération et le suivant, la femme est bien; pas d'état nerveux, pas de souffrance, T. 36°,5 37°,2; P. 70 à 80 régulier. Dans la soirée du 16, le pouls commence à s'accélérer; dans la nuit, agitation; douleurs hypogastriques. Le 17 au matin, P. 100, assez petit; T. 38°. La femme paraît un peu déprimée. Pas de sensibilité abdominale. Au spéculum, on aperçoit un débris de tissu à l'orifice externe. Ce débris de tissu enlevé, on en aperçoit d'autres dans la cavité du col; lavage de la cavité utérine qui entraîne les débris (solution phéniquée à 1 p. 100, cathéter de Bozemann-Fritsch). Injection d'une petite quantité de teinture d'iode. Pendant ces manœuvres, pas de malaises. La température descend à 37°,4, mais remonte le soir à 38°,2. P. 128. Dans la nuit, agitation. Pourtant, sommeil passable. Le 18 au matin, état assez bon, nulle douleur; ventre un peu météorisé, non sensible à la pression, T. 37°,7 à 38°,3, P. 104-120.

Dans la nuit du 18 au 19, vomissements qui deviennent rapidement fécaloïdes; dépression rapide, langue sèche, météorisme abdominal accusé, hypogastre un peu sensible mais seulement à la pression. T. le matin 39°, P. 90 seulement, de plus en plus petit, devient rapidement imperceptible. Stimulants impuissants; *mort* à 10 heures.

Nécropsie quatre heures après la mort. Épanchement séreux modéré, légers dépôts fibrineux. Intestins météorisés. Au niveau du petit bassin, les anses intestinales adhèrent légèrement entre elles et sont recouvertes d'un exsudat fibrineux abondant. Rien d'anormal du côté des annexes, hormis une injection faible des vaisseaux superficiels et de minces dépôts de fibrine.

Sur l'*utérus* qu'on a enlevé, on constate à la partie antérieure du fond de l'organe une perforation à contour irrégulier, située vers le milieu d'une plaque de nécrose, blanc jaunâtre, d'un diamètre d'environ 7 millim. Les tissus périphériques sont rougeâtres, congestionnés. Sur une coupe transversale, passant à peu près au niveau de l'orifice interne, la cavité cervicale est comme entourée d'une couche de tissus nécrosée, bordée elle-même d'une zone fortement vascularisée. L'utérus incisé, on voit que la couche nécrosée se continue sur la face intérieure de l'utérus jusqu'au fond de l'organe. Elle est moins profonde sur la partie supérieure de la paroi postérieure. Au niveau des cornes utérines, la paroi est assez unie et rouge-brun.

L'examen histologique de deux fragments de tissu utérin, pris l'un près de la paroi postérieure, l'autre au niveau de la corne utérine droite, montre des altérations semblables mais plus ou moins marquées. Le

tissu utérin est comme corrodé, surtout vers sa partie interne. En certains points, il y a destruction complète de tissu ; des débris ne sont plus qu'à peine reliés à l'utérus. Par places, les glandes utérines ont été complètement détruites ; il est des zones où on ne trouve plus apparence de la structure normale. En certains points de la paroi utérine, et plus nettement en dehors des couches complètement nécrosées, apparaissent des foyers hémorrhagiques plus ou moins étendus ; en d'autres, ce sont des infiltrats diffus de corpuscules sanguins.

Treub donne de cette perforation utérine l'explication suivante : le *vapocautère* une fois introduit dans l'utérus devait affleurer le fond de l'organe. Sous l'influence de l'action de la vapeur, l'utérus se contractant énergiquement s'est, spontanément, embroché sur l'instrument, celui-ci n'étant pas ramené en arrière et la portion vaginale du col étant fixée par la pince. L'action cautérisante s'est alors propagée, de l'extrémité de l'instrument enfoncée profondément aux tissus voisins et au péritoine correspondant.

De la connaissance des lésions anatomiques, et de l'analyse des symptômes cliniques observés, l'auteur déduit qu'on a eu affaire dans ce cas à des accidents liés à une perforation spontanée et secondaire qui s'est faite au niveau d'une plaque de nécrose produite par le *vapocautère*. Aussi fait-il de grandes réserves au sujet de la vapocautérisation. Le *vaporisateur* utérin fait-il courir moins de danger ? Treub pense qu'avec la vaporisateur comme avec la vapocautère c'est l'action de contact qui domine l'action thérapeutique ; aussi pense-t-il que les risques sont à peu près les mêmes (risques de perforation, d'oblitération de la cavité utérine et d'atrophie du corps utérin). Il rappelle le cas publié par Baruch et un autre par O. Weiss (1).

Dans une note récente, Pincus incline à attribuer l'issue mal-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 24, p. 636. Jeune fille de 19 ans, nerveuse, anémique, et sujette à des ménorrhagies. Subit pour ces pertes de sang une vaporisation (3/4 de minute, 100°), qui est suivie d'une ménopause prématurée, avec les accidents ordinaires (bouffées de chaleur, céphalées, etc.). A l'hôpital, l'examen gynécologique fit constater une oblitération à peu près complète du canal cervico-utérin. Ce cas est, en effet, à rapprocher de celui de Baruch.

heureuse dans l'observation de Treub à une intervention en quelque sorte « excessive ». Il rappelle les avertissements qu'il a donnés dans des articles précédents, particulièrement dans celui de mars 1898 (*Cent. f.Gyn.*) antérieur à l'intervention de Treub. Il note qu'en général on peut éviter de recourir à la narcose et qu'il suffit, pour rassurer la femme, de lui dire que le récipient à vapeur sert à stériliser les instruments. Il fait également la remarque que, dans ce cas, les hémorrhagies qui paraissaient liées à l'établissement de la ménopause étaient plutôt justiciables de la vaporisation. Enfin, il souligne encore que *mieux vaut agir fort et rapidement* avec la vapeur. De cette façon, la vapeur pénètre avec force, entre plus directement en contact avec le tissu utérin et se répand sur tous les points. Il rappelle que l'action de la vapeur, prolongée une demi-minute seulement, suffit dans le plus grand nombre des cas.

Notons aussi que Pincus a adopté et substitué aux dénominations premières : a) utéro-vaporisation, utéro-vaporisateur, *b*, utéro-vapocautérisation, utéro-vapocautère, celles de : a') atmokausis, atmocautère, *b*') zestokausis, zestocautère.

*
* *

Le fait malheureux publié par van der Velde, écrit Dührssen, est très instructif. Mais il faut se garder d'y voir une raison suffisante pour proscrire, du coup, une méthode thérapeutique qui, appliquée avec prudence et à propos, possède une réelle valeur. Ce qu'il faut proscrire, c'est la vapocautérisation. La vaporisation, au contraire, doit être conservée. Et à ce propos, l'instrumentation primitive de Snejireff lui paraît préférable à l'instrumentation soi-disant perfectionnée de Pincus. Deux modifications à l'appareil de Snejireff sont utiles : a) il faut ajouter au foyer de vapeur un thermomètre, de façon à savoir exactement la température de la vapeur ; *b*) la portion inférieure du tube externe doit être en substance mauvaise conductrice de la chaleur pour éviter les brûlures du col. Bien appliquée, la vaporisation a fourni des résultats très remarquables contre les hémorrhagies de l'utérus, et a pu même mettre fin, à la suite

d'une seule séance, à des pertes de sang restées rebelles au curettage et à des cautérisations réitérées. Dans deux cas, il a vu la grossesse survenir consécutivement à une vaporisation d'une demi minute.

Contrairement à Dührssen, O. Gerich (Riga) déclare excellente et d'un maniement simple l'instrumentation à laquelle est arrivé Pincus. Il l'a expérimentée dans sa pratique privée et rapporte 7 cas où, sous ses deux formes, atmokausis (vaporisation) et zestokausis (vapo-cautérisation), elle lui a fourni de très bons résultats : *a*) hémorrhagies secondaires, post abortives 3 cas, *b*) accidents post-abortifs immédiats 1 cas, *c*) hémorrhagies associées à des fibromes 1 cas, *d*) endométrite 2 cas. Dans ces interventions, la durée de l'application de la vapeur fut courte, 15 secondes, et la température varia de 105° à 115°.

Dans les avortements incomplets, il faut d'abord procéder à l'évacuation complète de l'utérus. L'utérus étant évacué, la vaporisation fait contracter énergiquement l'organe, l'hémorrhagie s'arrête et la température, s'il y avait hyperthermie, revient à la normale. Dans les 2 cas d'endométrite, une seule séance amena la guérison. Dans l'un d'eux, on procéda à l'abrasion préalable de la muqueuse, préliminaire non indispensable quand il n'y a pas suspicion de malignité. Enfin, l'exemple montra l'efficacité de la vaporisation contre les hémorrhagies liées à des fibromes.

Comme Pincus, Gerich attribue, non à la méthode, mais à des fautes dans l'application, les quelques faits malheureux signalés.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

SNEJIREFF. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 3, p. 74. — L. PINCUS. *Cent. f. Gyn.* 1895, n° 11, p. 284. — E. KAHN. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 49, p. 1233. — L. PINCUS. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 5. p. 190. — F. BARUCH. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 5, p. 113. — L. PINCUS. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 10, p. 256. — O. WEISS. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 24, p. 636. — L. PINCUS. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 38, p. 1019. — H. VAN DER VELDE. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 52, p. 1409. — DÜHRSSEN. *Berl. klin. Woch.*, 1898, n° 8, 5 septembre. — L. PINCUS. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 4, p. 113 ; *Ibid.*, 1899, n° 13, p. 352. — DÜHRSSEN. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 11, p. 292. — OTTOCAR GERICH. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 19, p. 557.

REVUE GÉNÉRALE

SUR UNE FORME COMMUNE DE STÉRILITÉ FÉMININE

Exposant des notions acquises à l'enseignement de Doléris, le Dr Lefèvre étudie dans sa thèse (1) une espèce de stérilité qui serait commune et qui serait sous la dépendance non d'une seule condition anormale, mais de plusieurs conditions pathologiques et pathogéniques qui, par leur combinaison, constituent un complexus morbide typique se retrouvant presque toujours le même. La contribution originale, apportée par Doléris dans la question de la stérilité, consisterait surtout à avoir su apercevoir l'association étroite de facteurs multiples, concourant en de nombreux cas à produire la stérilité. Avant lui, assurément on avait attribué à chacun d'eux une influence sur la stérilité. Mais, jamais, on n'y avait aussi nettement mis en relief l'importance étiologique de ce groupement typique : « On ne cherche pas à se rendre compte si la stérilité ne dépend pas plutôt de l'association d'un certain nombre de lésions que d'une seule lésion. Pour les uns, la flexion est tout; pour les autres, c'est la métrite. Pajot ne voit que des cols en toupie et des fausses routes vaginales; personne ne songe que la plupart du temps ces différents éléments forment un complexus pathologique net et caractérisé. »

Il faut reconnaître cependant que cette idée au moins de la multiplicité des causes de la stérilité n'est pas déjà exclusive à Doléris. Elle est, par exemple, exprimée par Kisch dans maints passages de son livre sur la stérilité et particulièrement dans ceux-ci :

---

(1) CH. LEFÈVRE. *Sur une forme commune de la stérilité féminine.* Th. Paris, 1899, n° 92.

« Le plus souvent, la stérilité n'est pas produite par un facteur unique ; mais c'est la réunion de plusieurs, *sinon de toute une série de conditions défavorables et d'états pathologiques* qui entravent l'acte de la fécondation (1), etc. » « L'on trouve parfois, chez les femmes stériles, l'antéflexion combinée à l'allongement sus-vaginal du col ; ces deux lésions semblent être la conséquence de l'affection catarrhale de l'utérus, etc. ». « Plus les causes de la stérilité sont multiples, plus le pronostic est défavorable », et enfin, dans les considérations générales dont Kisch fait précéder l'étude successive et directe des causes de la stérilité, cet auteur note l'importance qu'il y a à les découvrir toutes : « L'exploration des organes génitaux doit être très minutieuse pour qu'elle mène à la découverte des *causes souvent multiples* de l'infécondité. »

***

Ces conditions multiples anormales, constituant le complexus pathologique étudié par le Dr Lefèvre sont : 1) Catarrhe et endométrite du col ; 2) conicité fausse ou vraie du museau de tanche ; 3) sténose de l'orifice externe ; 4) antéflexion aiguë, colpocèle postérieure profonde.

Évidemment elles ne s'établissent pas toutes en même temps ; certaines d'entre elles commandent les autres, et, à mesure qu'elles se combinent, qu'elles arrivent à être au complet, l'espèce de stérilité visée ici se trouve plus assurée : « Si on considère, écrit Doléris, dans un utérus de vierge ou de nullipare le premier de ces éléments, le catarrhe ou l'inflammation la plus bénigne de l'endométrium cervical, on arrive aisément, par l'observation suivie, à reconnaître que, à très bref délai, l'inflammation réagit sur le tissu musculaire sous-jacent pour amener des déformations variables, et sur la muqueuse cervicale pour l'épaissir, l'altérer, et réduire le calibre du conduit soit sur son trajet, soit aux orifices. L'inaptitude relative à la

---

(1) H. Kisch. *Causes et traitement de la stérilité chez la femme*. Trad. par F. Weiss, Paris, 1888 ; A. Steinheil, p. 229.

fécondation créée de ce chef, n'entravant point cependant le fonctionnement génital, le coït prolongé, sans succès de grossesse, crée à son tour de nouvelles déformations dans le vagin (colpocèle postérieure, poche copulatrice, fausse route de Pajot). Enfin, les sécrétions viciées de l'utérus, séjournant dans le vagin, apportent un élément nuisible de plus à l'accomplissement physiologique de la fécondation. De sorte que catarrhe, déformation, sténose, viciation chronique du milieu concourent simultanément et d'autant plus puissamment à la stérilité que l'ensemble morbide est plus complet, etc. »

***

Après avoir rappelé les points les plus intéressants pour l'intelligence de son étude de l'anatomie et de la physiologie du vagin et du col de l'utérus, le Dr Lefèvre reprend successivement chacune des conditions anormales qui rentrent dans le complexus symptomatique énoncé, et commence par l'étude de la colpocèle (historique, mode de formation, rapports avec la stérilité) et ainsi des autres. Nous n'entreprendrons pas l'analyse de chacun de ces chapitres, par la raison qu'on y retrouve beaucoup de notions anciennes, avec certaines manières de voir personnelles à Doléris et qu'il a déjà fait connaître. Suivent les chapitres consacrés aux symptômes (symptômes fonctionnels et signes physiques, exploration), au diagnostic et pronostic. Après quoi, l'auteur aborde la question de *traitement*.

Celui-ci, déduit de la notion d'une pathogénie complexe, doit, pour être efficace, être *intégral*, c'est-à-dire qu'il faut :

1° Corriger la flexion utérine, guérir l'état pathologique de la muqueuse du col et assurer *la restitutio ad integrum* de la musculature utérine ;

2° Rendre au col utérin sa forme normale et sa perméabilité s'il y a déformation ;

3° Ramener le vagin, s'il y a colpocèle, à ses dimensions ordinaires, c'est-à-dire le recalibrer ;

desiderata qui seront réalisés par la marche thérapeutique suivante :

1° *Dilatation* lente, répétée, progressive, pour corriger la flexion et ouvrir largement le col;

2° *Curettage ou stomatoplastie* pour rendre au museau de tanche sa forme ordinaire;

3° *Colporrhaphies partielles* pour éviter le retour de la flexion et rendre au vagin son calibre normal.

***

Après la description circonstanciée des actes opératoires successifs que comporte la méthode thérapeutique, le Dr Lefèvre présente un ensemble de 66 observations fournies par Doléris, relatées d'abord avec détails, puis groupées en raccourci, avec leurs traits essentiels dans un tableau synoptique, et les fait suivre d'un paragraphe intéressant de statistique :

Fréquence des lésions : 1° l'endocervicite ne manque jamais.

2° L'antéflexion est constante.

3° La conicité du col existe de même dans tous les cas (conicité *vraie*, 38 fois, *fausse*, 28 fois ; a) col tapiroïde, 18 fois; *b*) col conique en forme de cône tronqué, 10 fois.

4° *Atrésie* très accentuée de l'orifice externe, 18 fois; très légère dans 7 cas, modérée dans 41.

5° *Colpocèle postérieure* profonde, 16 fois ; 4 fois associée à la cystocèle. Dans 6 cas, colpocèle totale des parois, mais toujours peu accentuée.

Enfin, dans 11 cas, les troubles vagino-utérins formant le syndrome morbide, typique, se compliquaient de lésions annexielles, paraissant plutôt surajoutées, et qui étaient peut-être simplement les effets des premiers. Des 11 femmes en question, 10 subirent le traitement. De ces 10, 8 devinrent enceintes, l'une d'elles 3 fois.

Résultats. — Sur les 66 femmes observées, 49 seulement ont été traitées :

1) Une seule fois, dilatation progressive sans curettage (toute autre intervention avait été refusée), persistance de la stérilité.

2) 12 fois, dilatation progressive et curettage. Sur ces 12 cas, on fit en outre une colporrhaphie précervicale; consécutivement, il y eut grossesse.

6 fois la dilatation simple et le curettage ont été suivis de grossesse.

4 fois la stérilité a persisté.

1 fois la malade n'a pas été suivie.

3) *Dilatation, curettage,* et *amputation du col* par le procédé de Schröder, 19 cas.

Avec colporrhaphie précervicale, 2.

Avec colporrhaphie rétrocervicale, 2.

Avec colporrhaphies antérieure et postérieure, 3.

Dans 11 cas il y a eu grossesse post-opératoire.

5 fois, insuccès.

3 fois, les malades ont été perdues de vue.

4) *Dilatation, curettage, discission bilatérale,* 16 cas, avec 2 fois colporrhaphie antérieure.

Dans 7 cas, grossesse consécutive.

Succès. Des 49 femmes traitées, 8 n'ont pas donné de leurs nouvelles. Restent 41 observations, dans 10 desquelles l'insuccès a tenu à des causes indépendantes de l'intervention thérapeutique. Cela réduit à 31 les cas qui peuvent, en réalité, servir à estimer sa valeur. Or, sur ces 31 cas, il y a eu 24 succès : soit une proportion d'environ 79 p. 100.

Age et tempérament des malades. — 1° L'âge varie de 20 à 45 ans. 2 malades seulement au-dessus de 40 ans. Le plus grand nombre a de 25 à 35 ans.

2° Les femmes stériles sont le plus souvent des névropathes. Dans 28 cas où le tempérament a été noté, on a trouvé : 15 névropathes, 7 obèses et 6 arthritiques. La médication bromurée chez les névropathes, l'iodure de potassium chez les arthritiques et les obèses constituent un apport puissant pour la cure de la stérilité.

Les *conclusions* de ce travail ne sont pas autre chose que les propositions formulées plus haut avec cette idée directrice qu'il faut, surtout, réaliser un *traitement intégral.*

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE MOSCOU (1)

G. A. SOLOWIEFF. Accouchement après une **fibromyomotomie faite au cours de la grossesse.** — La malade, femme de 26 ans, a été opérée au sixième mois de sa sixième grossesse pour un fibrome gros comme le poing. L'accouchement eut lieu à terme avec présentation du sommet, une hémorrhagie passagère se produisit pendant la dilatation et cette dernière étant presque complète l'accouchement fut terminé au forceps appliqué au détroit inférieur.

L'enfant pesait 3,160 gr. Il faut noter que l'involution fut très lente, malgré l'allaitement et l'administration d'ergotine et d'hydrastis canadensis. L'intervention a été motivée par la crainte de voir la cicatrice utérine céder si le travail se prolongeait.

Dans la discussion on fait observer que plusieurs examens histologiques ont été faits après l'opération césarienne et après l'énucléation d'un fibrome. Les cicatrices étaient non seulement très solides, mais à peu près introuvables même au microscope. Quant à l'époque la plus favorable pour l'opération, les uns recommandent l'intervalle du 3e au 6e mois, les autres interviennent aux 2e, 3e mois ; après le 6e mois la paroi utérine et trop mince pour qu'on puisse opérer en toute sécurité ; par contre, avant le troisième mois l'avortement est à craindre.

J. K. JOURASSOVSKY. Un cas de grossesse et **d'accouchement fibromyômes multiples.** — Primipare de 28 ans, arrivée à l'hôpital quinze jours avant le terme de la grossesse ; le petit bassin est occupé par une tumeur rétro-utérine, dure, ronde et immobile ; dans la paroi utérine antérieure on sent deux autres tumeurs, dont l'une cervicale. Ne croyant pas l'accouchement naturel possible, on décide d'avoir recours à l'opération césarienne sans attendre le terme de la grossesse. Mais quelques jours plus tard la tumeur du petit bassin se trouvait dégagée, remontée dans l'hypochondre droit, si bien que les choses furent aban-

(1) D'après le *Wratch*, 1899, p. 202, et p. 382.

données à leur cours naturel. Huit jours plus tard le travail s'annonça en présentation du siège, mais au bout de 30 heures de travail très faible, la dilatation n'était que de deux doigts. On procède alors à la dilatation digitale du col et à l'extraction d'un pied, puis on attend quatre heures dans l'espoir de voir la dilatation s'achever, mais on est encore obligé de la compléter à ce moment. L'extraction du tronc et des membres supérieurs se fait sans peine, mais tous les efforts échouent dans le dégagement de la tête, enserrée par l'anneau cervical ; l'enfant étant mort, on termine l'accouchement par la basiotripsie et la crânioclasie. Les suites de couches furent absolument normales, sauf l'involution très lente ; trois semaines après l'accouchement, on fit la laparotomie et l'ablation d'un gros fibromyôme pédiculé, en laissant en place les fibromes interstitiels multiples, afin de ne pas prolonger l'opération. La guérison fut des plus simples et la santé de l'opérée, revue huit mois plus tard, est excellente.

Dans la discussion qui suit on reproche à l'auteur d'avoir laissé les fibromes qui étaient énucléables, de n'avoir pas incisé le col rigide, d'avoir attendu la dilatation pendant quatre heures après l'abaissement du pied. M. N.-W.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF (1)

Professeur N. N. Jouk. **Les nerfs de l'utérus.** — Les préparations anatomiques présentées par l'auteur proviennent d'un utérus gravide au neuvième mois. Elles diffèrent par quelques détails de celles figurées par Frankenhauser et considérées comme typiques ; les filets nerveux partis du plexus hypogastrique latéral et une branche plus volumineuse venant du troisième nerf sacré forment une sorte d'arcade à concavité dirigée vers le sacrum ; de sa convexité partent des filets qui s'entrecroisent en formant des nœuds, des ganglions petits et nombreux d'où émanent les nerfs de l'utérus et d'autres viscères pelviens ; il n'y a pas de grand ganglion cervical ainsi que le veut la description de F. ; les préparations de l'auteur confirment les recherches faites en 1882 sur ce sujet par le professeur Rein.

Dr L. L. Dachkevitch. **Métrite puerpérale disséquante.** — Obs. 1. — Femme de 22 ans, secondipare, accouchement spontané à terme ;

(1) D'après le *Wratch*, 1899, p. 169.

pendant six jours, la température oscille entre 37°,4 et 38°,3, puis elle monte à 40°,2 et se maintient très élevée jusqu'au seizième jour ; un morceau de tissu mortifié est éliminé à cette époque, la température revient à la normale dès le lendemain et la guérison est complète au vingt-troisième jour. Le fragment, grand comme la paume, était constitué par la muqueuse et une épaisseur notable de la tunique musculeuse de l'utérus ; les vaisseaux se trouvaient par endroits oblitérés par des streptocoques à l'état de culture pure. Notons pourtant que l'infection était mixte, puisque l'écoulement purulent s'était accompagné de dégagement gazeux durant plusieurs jours.

Obs 2. — Primipare de 20 ans ; durée de l'accouchement, près de vingt-sept heures ; endométrite puerpérale, déchirure du périnée, état fébrile, vingt-six jours ; au vingt-quatrième jour, élimination d'un fragment gangrené ; guérison en peu de jours.

Obs. 3. — Femme de 22 ans, troisième accouchement, prématuré au neuvième mois, présentation de l'épaule avec procidence d'une main, embryotomie, infection. Un fragment de tissu utérin est expulsé au quatorzième jour. Guérison. M. N.-W.

O. V. Prokofieva présente deux **utérus fibromyomateux.**

N. S. Kannegisser présente *a*) deux **utérus fibromateux** enlevés après section de la paroi antérieure ; *b*) six utérus enlevés par morcellement ; *c*) un fibromyôme énorme enlevé par la laparotomie et diverses autres pièces provenant toutes des opérées du professeur Ott ; sur 16 opérées une seule succomba, probablement à une myocardite, car les symptômes d'infection ont fait défaut.

V. M. Massen présente un **pelvimètre** de Klien perfectionné.

N. J. Ratchinski fait part de ses impressions, recueillies dans divers services des hôpitaux de Paris ; il s'arrête sur l'hémostase à l'aide des pinces angiotribes de Tuffier ; sur les méthodes antiseptiques et aseptiques, le nettoyage des mains, de la peau des opérés, etc. ; il constate que l'antisepsie par l'éther l'emporte à Paris sur l'anesthésie par le chloroforme ; les opérations à l'aide de la cocaïne ont attiré son attention dans le service de M. Reclus ; il note aussi les divers procédés de suture de la paroi abdominale, l'injection d'une bartholinite à la paraffine (Pozzi) afin d'énucléer une tumeur solide, la table gynécologique pouvant s'incliner en arrière, etc. M. N.-W.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1).

V. V. Yasten rapporte l'observation suivante **d'étranglement intestinal.** Une femme de 34 ans est opérée une première fois pour une grossesse tubaire rompue ; la trompe est enlevée, le sang extravasé laissé dans le péritoine et la guérison se fait sans encombre. Dix-huit mois plus tard elle revient à l'hôpital en présentant les symptômes d'un étranglement interne des plus graves ; la laparotomie est faite 26 heures après le début des accidents et l'on trouve l'intestin grêle étranglé sous une bride tendue entre le moignon de la trompe et la paroi du bassin et formant comme le collet d'un sac herniaire développé aux dépens du ligament large distendu. L'intestin se trouvait tellement altéré qu'il fallut en réséquer 73 centim. ; la réunion fut établie à l'aide d'un bouchon de Murphy. Ajoutons que le péritoine ne présentait aucune trace d'épanchement sanguin. Deux ans plus tard cette opérée revint encore pour accoucher d'une manière absolument normale.

V. A. présente les pièces *a*) d'une **grossesse interstitielle** dans l'angle droit de l'utérus et *b*) d'une **grossesse tubaire** ; dans ce dernier cas la caduque utérine se détacha sous forme de sac complet trente-six heures après l'opération. Des observations intéressantes ont été faites sur l'embryon de 14 semaines, que l'on a pu conserver vivant pendant deux heures et quart dans une solution salée physiologique. M. N.-W.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de l'estomac, par Terrier et Hartmann, Paris, Steinheil, éditeur, 1899.

Depuis quelques années de nombreux travaux paraissent en France et à l'étranger sur la chirurgie de l'estomac. Cependant en regard de monographies nombreuses exposant tel ou tel point spécial de cette chirurgie, on ne trouve dans aucune langue un livre résumant l'état actuel de la question. Aussi l'ouvrage que nous donnent MM. Terrier et Hartmann vient-il à son heure. Tout en publiant les résultats déjà

---

(1) D'après le *Wratch*, 1899, p. 87.

étendus de leur pratique personnelle, en donnant sur chaque point leur opinion motivée et avec documents à l'appui, les auteurs, dans l'exposé de cette chirurgie en pleine évolution, n'ont pas voulu s'en tenir à la relation de leur simple manière de faire. Ils ont pensé que les questions n'étant pas encore définitivement tranchées, il était bon de mettre sous les yeux du lecteur toutes les pièces du procès. Ils décrivent tous les procédés opératoires connus en les classant méthodiquement. Une bibliographie exacte permet, si on le désire, de se reporter au texte original. La compréhension des procédés opératoires est facilitée par 135 figures, toutes spécialement exécutées pour ce travail et particulièrement soignées.

Tout opérateur voulant étudier la chirurgie stomacale devra consulter cet ouvrage riche de faits et de documents.

Manuel pratique d'opérations gynécologiques, par Voronoff. Paris, O. Doin, éditeur, 1899.

L'idée qui a conduit l'auteur à écrire ce manuel opératoire de gynécologie, est bonne. L'exposé simple de la technique, du pansement, des soins consécutifs, de la durée de la convalescence, est d'une connaissance utile pour le praticien ; nous n'aurions qu'à féliciter M. Voronoff d'avoir entrepris ce travail s'il n'était pas tombé dans l'écueil habituel des traités de gynécologie en décrivant non ce qu'il faut faire, mais tout ce qu'on a fait et en reproduisant un certain nombre d'erreurs qui traînent dans quelques ouvrages traduits de l'allemand. Telle, par exemple, la description pour l'ovariotomie de l'incision latérale de Flanken, l'auteur oubliant qu'en allemand *Flankenschnitt* veut dire *incision par le flanc*.

Les maladies de l'ovaire (Die Krankheiten der Eierstöcke), par A. Martin. Georgi, éditeur, Leipzig, 1899.

En 1895, A. Martin nous avait déjà donné en collaboration avec Kossmann, Orthmann, Sänger et Wendeler un très intéressant volume snr les maladies de la trompe. Aujourd'hui il publie la première partie d'une étude générale des maladies de l'ovaire. Le volume de 512 pages, illustré de 92 figures et de 4 planches hors texte, ne le cède en rien au premier. L'anatomie y est écrite par A. Martin, la physiologie et l'embryologie par Wendeler. Vient ensuite un chapitre d'anatomie, appliquée, l'exploration et l'examen de l'ovaire de nouveau par A. Martin. Dans la deuxième partie du volume, on trouve la pathologie de

l'ovaire. Après une introduction (fréquence, étiologie et séméiologie générale des maladies de l'ovaire) vient l'étude des maladies de l'ovaire en particulier.

Les vices de conformation sont exposés par Kossmann, les troubles circulatoires, les inflammations de l'ovaire, les périovarites et les pelvi-péritonites, ainsi que les kystes simples (kystes folliculaires, kystes des corps jaunes) par A. Martin et Orthmann, les granulomes (syphilis, tuberculose, actinomycose et lèpre, par Orthmann ; le volume se termine par le début de l'étude des tumeurs par A. Martin et Wendeler.

En somme, ce volume, fruit d'études patiemment poursuivies, de recherches bibliographiques nombreuses, ne le cède en rien au premier et nous n'avons qu'un vœu à formuler, c'est que Martin nous donne promptement la suite de cet ouvrage en terminant l'étude des tumeurs de l'ovaire et en exposant, comme il l'avait promis dans la préface du premier volume, les maladies du ligament large et du péritoine pelvien.

Les rétrodéviations utérines (Sulle Retrodeviazioni dell'Utero), par le professeur Guzzoni degli Ancarani. (Extrait *Atti della Societa Italiana di ostetricia e ginecologia*, vol. V, 1898.)

Dans ce travail très complet et très documenté, Guzzoni degli Ancarani étudie la rétrodéviation (rétroflexion et rétroversion) de l'utérus. Il passe successivement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie de ces vices de position de l'utérus. Au point de vue du traitement, il passe d'abord en revue les méthodes non sanglantes (réduction manuelle, pessaires), puis aborde la thérapeutique réellement chirurgicale.

L'auteur accepte le raccourcissement des ligaments ronds extra-abdominal, fait par exemple comme complément à une cure radicale de hernie inguinale. Quant au raccourcissement intra-abdominal, il le repousse absolument.

Guzzoni fait l'hystéropexie dans certains cas déterminés ; par exemple dans une rétroflexion avec annexite ; il enlève la ou les annexes malades et fixe ensuite l'utérus à la paroi.

Quant aux méthodes de vagino-fixation, il les repousse absolument pendant la vie sexuelle de la femme, les acceptant, et encore très rarement, après la ménopause.

Enfin Guzzoni admet, comme ultima ratio, l'hystérectomie abdominale totale dans les cas de rétrodéviation avec lésions annexielles graves et rebelles à tout autre traitement. P. Lecène.

Influence de la menstruation sur la quantité de l'hémoglobine contenue dans les globules sanguins (Influenza della menstruazione sulla quantita d'emoglobina et di corpuscoli contenuti del sangue), pel DOTTORE P. SFAMENI. (Extrait de *Rassegna d'ostetricia et ginecologia*, 1899.)

Dans ce travail, Sfameni, à la suite d'examens de sang et de dosages d'hémoglobine répétés chez des femmes bien portantes pendant leur période menstruelle, conclut que la quantité d'hémoglobine *diminue* pendant la période cataméniale.

Les globules rouges et blancs augmentent pendant les jours qui précèdent immédiatement l'hémorrhagie menstruelle, *diminuent* au contraire une fois cette hémorrhagie commencée; cette diminution n'est pas égale pour les deux sortes de globules, les rouges diminuant beaucoup plus que les seconds. P. LECÈNE.

Venus cruenta violans interdum occidens, par FRANZ NEUGEBAUER. (Extrait de *Monatschrift f. Geburtsh. und Gynækol.*, Bd IX.)

Dans cet article, Neugebauer étudie 7 cas personnels de blessures des organes génitaux de la femme pendant le coït, et il profite de la publication de ses observations pour faire une revue des cas analogues actuellement publiés et il arrive au total respectable de 157!

Et même, comme le fait d'ailleurs prévoir le titre latin, les blessures résultant de ces rapports impétueux, ont entraîné 22 fois la mort. L'accident est donc, comme le dit Neugebauer, bien plus fréquent qu'on ne le croirait, à lire les livres classiques de médecine légale, et en tous cas il mérite d'être étudié puisque la mort peut en résulter.

Les 150 cas rassemblés par Neugebauer, témoignent d'une enquête sérieuse et approfondie, car à côté d'observations récentes, prises dans les livres ou les revues modernes ou contemporaines, on y voit figurer un cas de Plazzonus, publié en 1644; d'ailleurs Neugebauer lui-même en a observé 7 cas dans sa pratique, ce qui prouve encore (à moins d'admettre qu'il soit tombé sur une série particulièrement heureuse, si l'on peut dire) que cet accident est relativement fréquent. L'auteur a d'ailleurs classé avec soin ses observations et en a extrait des petits tableaux statistiques faits d'après l'âge, la condition, la profession des victimes.

Et à ce propos, dans deux cas il s'agissait de femmes de médecins (!). Les blessures le plus fréquemment observées sont la perforation du cul-de-sac postérieur (38 fois), les blessures longitudinales de la paroi postérieure du vagin (22 fois), les ruptures de la vulve (15 fois), sou-

vent aussi il s'agissait simplement de la rupture d'un hymen particulièrement vasculaire, avec hémorrhagies graves consécutives. A la suite de ces coïts violents, on a parfois observé des fistules recto-vaginales et vésico-vaginales. Les cas de mort sont dus le plus souvent à des complications infectieuses : paramétrite, péritonite, septicémie ou encore hémorrhagies incoercibles. D'ailleurs dans ces cas de mort, il s'en trouve qu'il faut éliminer; il s'agit en effet du viol d'une fillette de 8 ans, avec ouverture du vagin et hernie de l'intestin par la plaie; seulement, l'auteur ajoute que la fillette avait été étranglée.

P. Lecène.

Pseudo-hermaphrodisme (Ein in der Kasuistik des Pseudohermaphroditismus einzig dastehender Fall : Aut penis rudimentarii aut clitoridis hypertrophicæ implantatio perinæalis infra vulvam), par Franz Neugebauer. (Extrait du *Centr.-Bl. f. Gyn.*)

Contribution à l'étude des corps étrangers de l'utérus, avec 74 observations, par F.-L. Neugebauer. (Extrait de la *Revue de Gynécologie.*)

NOUVELLES

On nous prie d'annoncer que, dans sa séance du 13 avril 1899, la *Société obstétricale et gynécologique de Paris* (fondée en 1885 sous les auspices du professeur Pajot) a pris la résolution de se dissoudre.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

MATERNITÉ DE L'HOTEL-DIEU. SERVICE DE M. CHAMPETIER DE RIBES.

DE L'ACÉTONURIE TRANSITOIRE
DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

Par **A. Couvelaire**,
Interne des hôpitaux.

Depuis quelques années l'acétonurie a été recherchée et constatée dans un grand nombre d'états physiologiques et pathologiques. De ces constatations, faites souvent d'ailleurs avec des réactifs infidèles, on a tiré des conclusions dont quelques-unes dépassant le terrain pratique touchent à la pathologie générale. Deux de ces conclusions ont spécialement attiré notre attention : c'est, d'une part, la relation entre l'acétonurie et la rétention d'un fœtus mort in utero, relation affirmée pour la première fois par *Vicarelli ;* c'est, d'autre part, la relation entre l'acétonurie et la régression des tissus dans l'organisme (débris placentaires, fibro-myômes utérins après la castration ou la ligature des pédicules vasculaires de l'utérus, etc...), relation affirmée pour la première fois par *Bossi*.

Nous avons repris la question sur le conseil de notre maître M. Champetier de Ribes. Nous avions pour but initial de vérifier les affirmations de Vicarelli et de chercher si pendant la période de régression utérine qui suit l'accouchement, l'apparition de l'acétone dans les urines ne viendrait pas fournir un sérieux argument en faveur de la théorie si séduisante de Bossi. Nos recherches nous ont conduit à des conclusions que nous allons dès l'abord formuler :

1° *L'état de grossesse ne détermine pas par lui-même d'acétonurie.*

2° *La rétention d'un fœtus mort in utero ne détermine pas par elle-même d'acétonurie.*

3° *Le travail de l'accouchement détermine une acétonurie notable presque constante (88,3 p. 100), transitoire, apparaissant pendant le travail et disparaissant définitivement dans les quatre premiers jours des suites de couches.*

Avant de donner le détail de nos recherches, il convient de faire l'analyse historique et critique de la question.

En 1893, *Vicarelli* (1) donne le résultat des examens urologiques pratiqués par lui sur 137 femmes enceintes ou accouchées. Neuf fois seulement il a constaté de l'acétonurie ; il s'agissait dans les 9 cas de femmes qui accouchaient d'un fœtus macéré. Chez une de ces femmes même le diagnostic de la mort du fœtus aurait été porté pendant la grossesse, à cause de la présence de l'acétone dans ses urines. C'est dire la valeur diagnostique que Vicarelli attribue à cette acétonurie. Il fait également la remarque qu'elle disparaît dans les quatre jours qui suivent l'accouchement.

En 1897, *Knapp* (2) arrive à des conclusions analogues. Il a trouvé normales les urines de 200 femmes enceintes et de 50 accouchées dont l'enfant était vivant. Au contraire, dans 10 cas il a trouvé de l'acétonurie, et dans les 10 cas il s'agissait de fœtus macérés.

En 1898, alors que nos recherches personnelles étaient terminées mais non encore publiées, *Mercier* et *Menu* (3) présentaient à la Société d'obstétrique de Paris les conclusions suivantes :

« 1° L'acétonurie manque dans la grossesse normale » (7 cas observés)

---

(1) VICARELLI. Die Acetonurie während der Schwangerschaft. *Prager med Wochenschrift*, 16 août 1893, p. 403.

(2) KNAPP. Aceton im Harn Schwangerer und Gebärender als Zeichen des intra-uterinen Fruchttodes. *Centralblatt f. Gynæcologie*, 24 avril 1897, p. 417.

(3) R. MERCIER et A. MENU. De l'acétonurie dans la grossesse et la puerpéralité. *Soc. d'obstétrique de Paris*, 13 juillet 1898.

« 2° Sa fréquence augmente notablement dans les affections qui compliquent la grossesse et les suites de couches » (albuminurie, infections puerpérales, grossesse extra-utérine, hématocèle, syphilis).

« 3° Elle présente son maximum de fréquence et d'intensité dans l'éclampsie puerpérale sans qu'elle soit sous la dépendance des accès convulsifs » (9 cas, 8 constatations positives).

« 4° Elle ne peut être considérée comme signe certain de la mort du fœtus. »

Ajoutons que dans le cours de leur communication Mercier et Menu signalent la présence de l'acétone dans les urines du post partum de 3 femmes sur 4 examinées après l'accouchement.

Enfin tout récemment *Lop* (1), chez trois femmes au cours de 9 grossesses terminées par l'expulsion d'un fœtus mort, a constaté une acétonurie que révéla la réaction de Legal. L'acétone n'est même apparu, dit-il, « qu'au moment où il commençait à avoir des doutes sur la vitalité du fœtus ».

De tous les auteurs que nous venons de citer, seuls Mercier et Menu ont employé une bonne technique : c'était là pourtant une question d'intérêt primordial. Il faut opérer sur l'urine distillée et choisir un réactif sensible et fidèle. Les chimistes ne reconnaissent ces dernières qualités qu'au réactif de Lieben. Les autres procédés par eux-mêmes, et à fortiori lorsqu'on les emploie directement sans avoir distillé l'urine, exposent à de nombreuses erreurs.

Prenons pour exemple le réactif qui a donné à Lop ses beaux résultats, le réactif de Legal. Legal a étendu à l'acétone la réaction que donne la créatinine avec le nitro-prussiate de soude et la soude, c'est-à-dire une coloration rouge qu'une goutte d'acide acétique fait passer au vert puis au bleu. Pour appliquer le procédé de Legal, il faut naturellement éliminer la créatinine qui existe normalement dans des urines, et ce par la distillation que Lop n'a pas préalablement pratiquée. Il a opéré directement sur « l'urine diluée » et de ce fait ses expériences se trouvent viciées.

(1) LOP. De la présence de l'acétone dans les urines en cas de mort du fœtus. *Gazette des hôpitaux*, 18 mai 1899.

Il ne suffit pas d'avoir entre les mains un bon réactif et d'employer une bonne technique, il faut encore interpréter rigoureusement les résultats de ses recherches. Il semble que cette interprétation rigoureuse a quelquefois fait défaut. Nous avons relu les 10 observations de Knapp et nous avons constaté qu'elles ne concordaient pas avec ses conclusions.

En effet, dans 7 observations il est dit que l'acétonurie fut constatée « le jour de l'accouchement et les jours suivants » (de 1 à 3 jours); ce sont les obs. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10; — dans une, que l'acétonurie fut constatée « jusqu'au 2e jour des suites de couches » (obs. 2); — dans 2, que l'acétonurie fut constatée « avant l'accouchement et les deux jours qui suivirent l'accouchement » (obs. 4 et 9). Conclure de ces faits que la rétention d'un fœtus mort in utero détermine de l'acétonurie, ne nous semble pas légitime. Ce qu'il fallait conclure, c'est que chez 10 femmes qui accouchèrent d'un fœtus macéré il y eut de l'acétonurie pendant les premiers jours des suites de couches, acétonurie constatée pour la première fois le jour de l'accouchement (7 cas), avant l'accouchement (2 et peut-être 3 cas). Ce n'est alors qu'un cas particulier de l'acétonurie transitoire du travail que nous nous proposons de démontrer et d'étudier.

Pour en finir avec la partie historique de la question, il nous reste à mentionner les recherches de Bossi et d'Hartmann et Fredet. *Bossi* (1) prétend que la régression des tissus dans l'organisme détermine l'apparition de l'acétone dans les urines. Ses constatations ont trait à la rétention de débris d'œuf, de débris placentaires dans l'utérus, aux tumeurs en voie de résorption et en particulier aux fibro-myômes utérins après la castration ou la ligature des cordons vasculaires des annexes. Bossi s'appuie également sur quelques expériences consistant dans l'introduction de grenouilles vivantes dans la cavité péritonéale de chiennes; au bout de douze jours dans un cas, de cinq jours dans l'autre, l'acétone apparut dans les urines des chiennes en

(1) Bossi. Congrès international de Rome, 1894. *Archivio d'ostetricia ginecologia*. Naples, 1897, t. IV, fasc. 4.

expérience. *Hartmann* et *Fredet* (1) ont cherché à vérifier les faits avancés par Bossi. Ils ont correctement examiné les urines de trois femmes dont ils avaient lié les pédicules vasculaires utérins dans le but d'amener l'atrophie de fibro-myômes. Dans deux cas (obs. 5 et 9) ils ont constaté l'absence d'acétonurie avant l'intervention et l'apparition de l'acétonurie peu après l'intervention. Dans le troisième cas (obs. 6) les urines n'ont été examinées qu'à la suite de l'opération; le résultat fut positif.

Mais, ainsi que le font à juste titre remarquer Hartmann et Fredet, « ces recherches demandent à être poursuivies et conduites avec précision ». Cè n'est pas avec quelques examens pratiqués au hasard qu'on pourra forcer la conviction, mais: avec un grand nombre d'examens pratiqués avec une bonne technique, tous les jours, pendant un laps de temps suffisant. Quoi qu'il en soit de la régression des tissus pathologiques, il est pour nous un fait acquis, c'est que la régression utérine physiologique qui suit l'accouchement n'amène pas d'acétonurie. Nos expériences sont sur ce point démonstratives.

***

La technique que nous avons suivie est fondée sur la réaction dite de *Lieben*. Cette réaction consiste en ce fait qu'en présence de la potasse, l'acétone donne avec l'iode un précipité d'iodoforme. Nous avons suivi méthodiquement le manuel opératoire classique tel qu'il est exposé dans la remarquable thèse d'Argenson (2) : On soumet 200 centim. cubes d'urine à la distillation, on recueille les 50 premiers centim. cubes seulement; en effet, lorsqu'on distille une urine renfermant de l'acétone, ce produit se retrouve exclusivement dans le premier quart du volume distillé. On ajoute à ces 50 centim. cubes d'abord 10 centim. cubes d'une solution aqueuse de potasse à 23° B, puis 5 centim. cubes d'une liqueur d'iode obtenue en dissolvant

(1) HARTMANN et FREDET. Les ligatures atrophiantes dans le traitement des tumeurs utérines. *Annales de gynécol. et d'obstétrique*, fév. et avril 1898.

(2) ARGENSON. *Recherches sur l'acétonurie*. Paris, 1898.

105 gr. d'iode dans un litre d'eau distillée renfermant 180 gr. d'iodure de potassium. Immédiatement la réaction se produit : un trouble apparaît que nous ne saurions mieux comparer qu'à celui produit par le mélange de l'eau et de l'absinthe. Si on laisse reposer, on voit se former au fond de l'éprouvette un précipité d'iodoforme. Nous avons renoncé au dosage précis de l'acétone après plusieurs tentatives consistant à peser le précipité d'iodoforme, ou à mesurer son volume dans un tube que nous aurions gradué empiriquement. Il faudrait agir sur de grandes quantités d'iodoforme pour avoir un résultat pratique, et encore ce mode de dosage n'aurait rien de rigoureux. Nous nous sommes contenté d'apprécier les 3 degrés suivants : 1° pas de louche appréciable (ce qui correspond à la minime acétonurie physiologique) ; 2° louche avec faible précipité ; 3° louche énorme avec précipité abondant.

Nos examens ont porté sur 40 femmes. Nous avons multiplié les examens chez la même femme, les pratiquant chaque jour régulièrement sur la totalité des urines émises. Pendant le travail et le post partum nous avons examiné les urines au fur et à mesure de leur émission, réduisant le volume de réactif employé proportionnellement à la quantité d'urine fournie. Sur ces 40 femmes, 17 ont été suivies jour par jour pendant la grossesse, le travail et les suites de couches ; pendant la grossesse, de quelques jours à 25 jours avant l'accouchement ; pendant les suites de couches, jusqu'à leur sortie de la Maternité, jusqu'au 9e jour en moyenne, jusqu'au 15e jour quelquefois. Nous donnons d'ailleurs dans les tableaux annexés à notre travail tous les renseignements nécessaires à la compréhension de nos recherches et de leurs résultats.

Nous nous bornerons à analyser rapidement ces tableaux.

I. — **Grossesse normale.** — Chez 8 femmes examinées, dans le courant du 6e mois (1), du 7e (1), du 8e (1), du 9e (5), nous n'avons à aucun moment trouvé d'acétone dans les urines. Chez 6 femmes examinées, l'une dans le courant du 5e mois, les autres dans le courant du 9e mois, nous avons constaté pendant les premiers jours de leur hospitalisation une acétonurie

notable mais passagère. Cette acétonurie disparaît rapidement dès que la femme enceinte est mise au repos et soumise à un régime hygiénique convenable.

II. — **Grossesse pathologique.** — Deux femmes albuminuriques et une syphilitique n'avaient pas d'acétonurie. Par contre, une femme enceinte de 2 mois et demi, atteinte de vaginite blennorrhagique et de bartholinite, avait une acétonurie irrégulière (2 examens positifs sur 6) ; une vieille multipare, emphysémateuse, subasystolique, suivie pendant les 21 jours qui précédèrent l'accouchement, eut à 4 reprises, sans qu'on puisse nettement en déterminer la cause immédiate, une acétonurie notable. Enfin, une secondipare dont les membranes étaient rompues depuis 8 jours et qui présentait à son entrée de la fièvre (38°,9) et de l'albuminurie, avait, la veille du début du travail, de l'acétone dans les urines.

Ces faits nous portent à penser avec Mercier et Menu que l'acétonurie augmente dans les affections qui compliquent la grossesse.

III. — **Rétention d'un fœtus mort in utero. Œuf intact.** — Nous avons examiné 4 femmes dans ces conditions. De ces 4 femmes, 2 étaient syphilitiques, 1 albuminurique, 1 épileptique. Cette dernière seule, et seulement le jour de son entrée à la Maternité, 16 jours avant l'accouchement, 15 jours après la cessation des mouvements actifs, présenta de l'acétonurie. Cette acétonurie passagère cessant sous l'influence du repos, est celle que nous avons signalée dans la grossesse normale. Les 3 autres femmes nous ont toujours donné des résultats négatifs. Les urines de l'une d'elles ont été examinées le lendemain même de la mort du fœtus. Elle venait régulièrement dans le service tous les deux jours se faire faire des injections sous-cutanées d'huile biiodurée, et chaque fois l'auscultation des bruits du cœur était pratiquée avec grand soin. Nos observations nous permettent donc d'affirmer que l'on ne peut donner l'acétonurie comme un signe de la mort du fœtus, puisque : 1° l'acétonurie peut être observée chez une femme

enceinte dont le fœtus est vivant ; 2° la mort du fœtus et la rétention du fœtus mort in utero ne s'accompagnent pas forcément d'acétonurie.

IV. — **Travail et suites de couches.** — Nous avons examiné les urines de 34 femmes pendant le travail et les suites de couches : 17 de ces femmes avaient été quotidiennement suivies pendant la fin de leur grossese. Sur ces 34 femmes, 4 seulement, soit 11,7 p. 100, n'ont pas présenté d'acétone dans les urines, ni pendant le travail, ni pendant le post-partum immédiat, ni pendant les jours suivants.

Remarquons que ces femmes ont toutes les quatre accouché très rapidement. L'une, primipare, a accouché d'un enfant macéré en 7 h. 30 ; la deuxième primipare, d'un enfant vivant à terme, en 6 h. 5; la troisième, secondipare, d'un enfant vivant à terme, en 2 h. 45; la quatrième, Vpare, d'un enfant vivant à terme, en 1 h. 40.

Les 30 autres femmes, soit 88,3 p. 100, ont présenté ce que nous nommons l'*acétonurie transitoire du travail*. Ces femmes ont accouché : 23 d'enfants vivants, 5 de macérés, 2 d'enfants morts pendant le travail. La plupart étaient bien portantes ; 6 seulement étaient malades (3 syphilitiques avérées, 1 albuminurique, 1 infectée, 1 emphysémateuse subasystolique). L'acétonurie apparaît pendant le travail, exceptionnellement au début (2 cas), plus souvent vers le milieu ou la fin du travail (21 cas). Quelquefois l'acétone n'apparaît dans les urines que quelques heures après la délivrance (7 cas), sans que la parité ait une influence sensible sur ce retard (3 primipares, 4 multipares), qui varie de 1 à 11 heures.

L'acétonurie disparaît le plus souvent de 24 à 48 heures après l'accouchement. Elle peut n'exister que pendant le travail et disparaître immédiatement (3 cas : 2 multipares et 1 primipare accouchant au terme de 8 mois), ou au contraire se prolonger jusqu'au quatrième jour. C'est ainsi que nous trouvons comme date de disparition :

Immédiatement après la délivrance	.. 3 = 2 multip.	+ 1 primip.			
De 12 à 24 heures	—	—	.. 7 = 5 —	+ 2	—
24 heures	—	—	.. 7 = 4 —	+ 3	—
48 —	—	—	.. 9 = 3 —	+ 6	—
3 jours	—	—	.. 2 = ...	2	—
4 —	—	—	.. 1 = ...	1	—

Ce tableau montre nettement que si primipares et multipares présentent en égale proportion de l'acétonurie pendant le travail, cette acétonurie disparaît plus rapidement chez les multipares que chez les primipares.

Nous sommes donc en droit d'affirmer l'existence d'une acétonurie transitoire, liée au travail de l'accouchemeent. Quelle en est la pathogénie ? Nos connaissances sur la formation de l'acétone dans l'organisme sont trop peu certaines pour que nous puissions fonder sur elles une hypothèse pathogénique. Nous resterons donc sur le terrain purement clinique.

Le travail de l'accouchement détermine, surtout chez les primipares, un ensemble de réactions analogues à celles que produit le surmenage neuro-musculaire. Parmi ces réactions, trop connues pour que nous ayons besoin de les décrire, il en est une qui par sa fréquence relative mérite d'être retenue : c'est l'albuminurie dite du travail, albuminurie transitoire à laquelle les primipares, et surtout les primipares dont le travail est prolongé payent le plus large tribut. Ne semble-t-il pas légitime de rapprocher de cette albuminurie, notre acétonurie transitoire du travail, plus accentuée, plus prolongée chez les primipares que chez les multipares ? Ne pourrait-on les considérer toutes deux comme les manifestations d'une auto-intoxication de surmenage venant se greffer sur l'auto-intoxication gravidique latente ou manifeste? C'est là, nous l'avouons, une simple hypothèse ; mais elle cadre bien avec ce que nons savons et ce que nous pressentons de la chimie de la grossesse et du travail ; elle relie très simplement aux faits acquis et expliqués les faits bruts que nous avons rigoureusement enregistrés.

I. — Grossesse normale.

ABSENCE D'ACÉTONURIE				ACÉTONURIE PASSAGÈRE CONSTATÉE LES PREMIERS JOURS QUI SUIVENT L'HOSPITALISATION				
N°	PARITÉ	TERME	Durée des examens	N°	PARITÉ	TERME	Durée des examens	DURÉE DE L'ACÉTONURIE
		Mois	Jours			Mois	Jours	Jours
Müll...	IIIp.	6e	7	483	Ip.	9e	10	le 1er
Forest...	IIp.	7 1/2	15	531	Ip.	9e	19	les 2 premiers
632	Ip.	8e	4	534	Ip.	9e	14	le 1er
550	IIp.	9e	1	574	Ip.	9e	25	les 2 premiers
614	IIIp.	9e	10	Gont...	IIp.	5e	14	les 3 premiers
633	IIIp.	9e	6	588	XIp.	9e	3	les 3 premiers
Vayss...	Vp.	9e	4					
645	Vp.	9e	12					

II. — Grossesse pathologique.

	N°	PARITÉ	TERME	OBSERVATIONS	DURÉE DES EXAMENS	RÉACTION
			Mois			
Absence d'acétonurie	468	VIIp.	9	Syphilis datant de plusieurs années.	1 jour av. le début du travail.	Pas d'acéton.
Absence d'acétonurie	526	Ip.	9	Albuminurie.	2 jours avant l'accouchement.	Pas d'acéton.
Absence d'acétonurie	528	VIp.	fin du 8e	Albuminur. 4 gr.	1 jour.	Pas d'acéton.
Acétonurie	Guib.	Ip.	2 1/2	Bartholinite.	6 jours.	Ac. intermittente et irrégulière (2 examens positifs).
Acétonurie	517	VIIIp.	9	Emphysème pulm. myocardite, état subasystolique.	21 jours av. le début du travail.	Acét. intermittente et irrégulière (4 examens positifs).
Acétonurie	530	VIIp.	9	38.9. Membranes rompues depuis 8 jours. Albumin.	1 jour avant le début du travail.	Acétonurie.

III. — **Rétention d'un fœtus mort in utero. Œuf intact.**

N°	PARITÉ	CAUSES MATERNELLES PRÉSUMÉES DE LA MORT DU FŒTUS	DATE DE LA MORT DU FŒTUS	DATE DES EXAMENS	RÉSULTATS
300	Vp.	Albuminurie.	A 8 mois, 42 jours avant le début du travail, constatation de la cessation des bruits du cœur encore perçus la veille.	Les 15 jours qui ont précédé le début du travail.	Pas d'acétonurie.
503	Ip.	Epilepsie.	A 8 mois, disparition des mouvements actifs 16 jours avant le début du travail.	Les 9 jours qui ont précédé le début du travail.	Pas d'acétonurie.
544	IVp.	Syphilis.	A 7 mois, constatation de la cessation des bruits du cœur encore perçus la veille, 17 jours avant le début du travail.	Examen le lendemain de la cessation des bruits du cœur et la veille de l'accouchement.	Pas d'acétonurie.
554	IIp.	Syphilis.	A 6 mois, cessation des mouvements actifs, 31 jours avant le début du travail.	Les 16 jours qui ont précédé le début du travail.	Ac. le 1er jour de l'hospitalisation. Pas d'acétonurie les 15 jours suivants.

IV. — Travail et suites de couches.

N° ET PARITÉ	Terme de l'accouchement	OBSERVATIONS	EXAMENS PENDANT LA GROSSESSE	DURÉE DU TRAVAIL	APPARITION DE L'ACÉTONURIE	ÉVOLUTION DE L'ACÉTONURIE	DATE DU DERNIER EXAMEN
PRIMIPARES							
483	à terme	....	Légère acétonurie le jour de son entrée 10 jours avant l'acc. Pas d'acétonurie les 9 jours suivants.	9 h.	9e heure	Max. 4 h. après la délivrance, disparition le 3e jour.	11e jour
494	à terme	Procidence du cordon. Mort de l'enfant pendant l'extraction	....	19 h.	18e heure	Disparition 18 h. après la délivrance.	10e jour
503	8 m. 1/2	Epileptique. Enfant mort 16 jours avant début du travail.	Pas d'acétonurie les 9 jours qui précèdent l'accouchement.	17 h. 30	9e heure	Maxim. à la 17e h. du travail, disparition le 2e jour.	8e jour
515	à terme	....	....	29 h.	14e heure	Maxim. 8 h. après la délivrance, disparition au bout de 24 h.	6e jour
526	à terme	....	Pas d'acétonurie les 2 jours qui précèdent l'accouchement.	5 h. 40	5e heure	Disparition le 4e jour.	10e jour
531	à terme	....	Acétonurie les 2 premiers jours de l'hospitalisation 19 jours avant l'acc. Pas d'acétonurie les 17 jours suivants.	6 h. 5	Pas d'acétonurie	....	9e jour

[illegible]	[illegible]	....	[illegible] son entrée 14 jours avant l'acc. Pas d'acétonurie les 13 jours suivants.	[illegible]	[illegible] livrance.		
574	à terme	....	Acétonurie les 2 premiers jours de l'hospitalisation 25 jours avant l'acc. Pas d'acétonurie les 23 jours suivants.	19 h. 15	10e heure.	Disparition le 3e jour.	9e jour
576	à terme	....	....	10 h.	11 heures après la délivrance.	Disparition le 2e jour.	5e jour
581	à terme	Forceps.	....	36 h.	18e heure	Disparition 31 heures après la délivrance.	3e jour
603	2 m. 1/2	Œuf complet.	....	9 h.	1re heure	Disparition 24 heures après la délivrance.	9e jour
631	5 m.	....	....	27 h. 15	12e heure	Disparition 12 heures après la délivrance.	5e jou
632	8 m.	....	Pas d'acétonurie les 4 jours qui précèdent le travail.	4 h.	3e heure	Pas d'acétonurie après la délivrance.	14e jour
649	11 m. (?)	Macéré.	....	7 h. 30	Pas d'acétonurie	....	10e jour
650	à terme	....	....	22 h.	22e heure	Disparition le 2e jour.	9e jour
673	à terme	....	....	37 h. 15	8e heure	Disparition le 2e jour.	4e jour
679	à terme	....	....	23 h. 30	5 h. après la délivrance.	Disparition 24 h. après la délivrance.	2e jour

IV. — **Travail et suites de couches.** (*Suite*)

N° ET PARITÉ	Terme de l'accouchement	OBSERVATIONS	EXAMENS PENDANT LA GROSSESSE	DURÉE DU TRAVAIL	APPARITION DE L'ACÉTONURIE	ÉVOLUTION DE L'ACÉTONURIE	DATE DU DERNIER EXAMEN
MULTIPARES							
530 — IIp.	à terme	Membranes rompues 8 j. avant le début du travail. 38.9.	Acétonurie le jour de l'entrée, veille de l'accouchement.	15 h.	2e heure	Disparition le lendemain. Réapparition transitoire le 4e et 5e jour. (temp. 38).	12e jour
550 — IIp.	à terme	....	Pas d'acétonurie la veille de l'acc.	2 h. 45	Pas d'acétonurie	....	13e jour
554 — IIp.	7 m.	Syphilis. Mort du fœtus au 6e mois.	Acétonurie le jour de l'entrée 16 j. avant l'acc. Pas d'acétonurie les jours suivants.	6 h.	1 h. après la délivrance.	Disparition 15 heures après la délivrance.	8e jour
615 — IIp.	8 m.	Mort du fœtus à 7 m.1/2	....	7 h. 45	5e heure	Disparition le 2e jour.	8e jour
641 — IIp.	5 m.	....	....	9 h.	7e heure	Disparition le 2e jour.	9e jour
Krep... — IIp.	6 m.	....	....	3 h.	4 h. après la délivrance.	....	»
587 — IIIp.	à terme	....	....	16 h. 25	6 h. après la délivrance.	Disparition 12 h. après la délivrance.	8e jour
614 — IIIp.	à terme	Mort du fœtus à la 30e heure du travail.	Pas d'acétonurie les 10 jours qui précèdent l'accouchement	38 h.	37e heure	Disparition 12 h. après la délivrance.	14e jour

633 — IIIp.	à terme	....	Pas [illegible] 6 jours qui précèdent l'accouchement.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
647 — IIp.	8e jour	....	....	35 h. 30	34e heure.	Disparition 12 h. après la délivrance.	11e jour
539 — IVp.	5 mois.	Macéré. Mort du fœtus à 5 mois 1/4.	....	16 h.	3 h. après la délivrance.	Disparition 12 h. après la délivrance.	5e jour
544 — IVp.	6 mois.	Mort du fœtus à 7 mois. Syphilis.	Pas d'acéton. le lendemain de la mort du fœtus et la veille de l'accouchement.	10 h.	10e heure.	Disparition 24 h. après la délivrance.	9e jour
645 — Vp.	7 m. 1/2	....	Pas d'acéton. les 12 j. qui précèdent l'acc.	1 h. 40	Pas d'acétonurie.	....	11e jour
528 — VIp.	à terme	Albuminurie.	Pas d'acéton. (1 examen à la fin du 8e mois).	7 h.	4e heure.	Maxima 1 h. 30 après la délivrance. Disparition le lendemain.	7e jour
468 — VIIp.	à terme	Syphilis. Mort de l'enfant à la 7e heure du travail. Basiotripsie.	Pas d'acéton. la veille de l'accouchement.	18 h. 45	5e heure.	Maximum à la 17e h. du travail. Disparition après la délivrance.	8e jour
517 — VIIIp.	à terme	Emphysème pulmonaire, état subasystolique, myocardite.	Acéton. irrégulière pendant les 21 j. qui précèdent le travail (4 examens positifs, le dernier 11 jours av. l'accouchement).	7 h. 30	1re heure.	Disparition après la délivrance.	15e jour
588 — XIp.	à terme	....	Acéton. les 3 jours qui précèdent l'accouchement.	9 h. 15	3e heure.	Disparition le lendemain de la délivrance.	9e jour

ANURIE PAR CANCER DE L'UTÉRUS
NÉPHROSTOMIE (1)

Par **M. Chavannaz,**
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux
Chirurgien des hôpitaux.

Les lésions des reins au cours du cancer de l'utérus sont chose fréquente, et, comme le dit M. Lancereaux : « L'urémie est dans l'épithéliome utérin la cause habituelle de la mort, lorsque celle-ci n'est pas prématurée, amenée par un désordre accidentel ou par une complication. »

Mais, si chez les malades atteintes de cancer de l'utérus, les troubles de l'excrétion et de la sécrétion urinaires sont aujourd'hui bien connus, par contre on trouve encore peu d'observations dans lesquelles le chirurgien soit intervenu pour combattre l'anurie qu'on peut observer chez ces malheureuses femmes. C'est ce peu d'abondance de documents qui nous décide à rapporter le cas suivant :

La nommée Marie R..., âgée de 43 ans, entre à l'hopital Saint-André le 8 septembre 1898. Cette femme a été conduite à l'hôpital par son mari qui, pour tout renseignement, a fait connaître qu'elle n'avait pas uriné depuis trois jours.

Nous voyons la malade le soir même. Elle est dans un état comateux interrompu de temps en temps par des périodes d'agitation et on ne peut obtenir d'elle aucun renseignement. Elle est pâle, les pupilles sont dilatées, la température axillaire est de 38°. La palpation de l'abdomen montre que le rein droit est augmenté de volume, il descend presque jusqu'à l'ombilic. Le rein gauche ne peut être senti. Par le toucher vaginal nous constatons l'existence d'un épithelioma de l'uté-

---

(1) Communication à la Société de Chirurgie de Paris, 19 avril 1899.

rus. Il s'agit d'un épithilioma infiltré qui a dépassé l'utérus : celui-ci est absolument immobilisé. Le vagin n'est pas envahi. Une sonde introduite dans la vessie ramène 2 à 3 centimètres cubes d'urine très trouble.

En présence de ces symptômes, le diagnostic ne saurait être douteux et une intervention semble s'imposer, mais par suite de circonstances indépendantes de notre volonté nous ne pouvons la pratiquer et nous nous contentons de faire à notre malade une saignée de 500 grammes, suivie immédiatement et par la plaie même de la saignée d'une injection intra-veineuse de 500 grammes de sérum artificiel. Ce même traitement est appliqué le lendemain 9 septembre. Le 10 septembre, la sonde ramène de l'urine en abondance ; la malade reprend connaissance et elle peut nous fournir les renseignements touchant son histoire.

Marie R... a de bons antécédents héréditaires ; elle a eu cinq grossesses à terme ; quatre de ses enfants sont vivants, le cinquième est mort à quatorze ans d'une fièvre thyphoïde. Elle n'avait jamais été malade, lorsqu'en avril 1897, ses règles, jusqu'alors régulières, furent remplacées par des pertes sanguines continues ; celles-ci ont beaucoup diminué dans les trois derniers mois qui ont précédé l'entrée à l'hôpital ; mais par contre il y a eu une leucorchée abondante. Elle ne fournit pas de détails sur le fonctionnement de son appareil urinaire.

Le malade est une femme encore vigoureuse, bien qu'elle ait un peu maigri dans ces derniers temps.

L'état relativement bon du 10 septembre ne pouvait durer longtemps, et le 18 septembre les urines se suppriment.

Le 20 septembre, nous faisons une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum. L'anurie reste complète sans que la malade s'en trouve incommodée, elle n'est pas fatiguée et on note seulement une dilatation pupillaire exagérée.

Le 25, le tableau change, la malade a de la céphalée et souffre du côté droit des reins.

Le 26 au matin, vomissement. La langue est bonne, mais il y a de la bouffissure de la face ; le pouls est à 120 ; les pupilles sont contractées ; la malade a cependant toute sa connaissance. Le rein droit descend jusqu'au niveau de l'ombilic ; le rein gauche n'est pas perceptible.

Nous décidons alors d'intervenir immédiatement.

Après précautions antiseptiques et sous chloroforme, la malade étant placée dans le décubitus latéral gauche, nous mettons le rein droit à découvert grâce à une incision lombaire. Cette incision permet de

constater que le tissu cellulaire sous-cutané et l'atmosphère celluleuse du rein sont infiltrés de sérosité. Le rein suffisamment isolé et maintenu par deux fils de soie, le bistouri est plongé suivant son bord convexe jusque dans le bassinet ; le rein est ouvert sur une longueur de 4 centimètres. Immédiatement jaillit un liquide sanguinolent en quantité assez abondante. Le doigt introduit par la plaie rénale ne peut atteindre les limites du bassinet. L'hémorrhagie rénale cède assez vite à l'application d'eau stérilisée chaude et à une légère compression. Chacune des lèvres de la plaie rénale est réunie par trois fils de soie à la paroi musculaire. Quelques catguts diminuent la grandeur de la plaie. La peau est réunie au crin de Florence en ménageant toutefois le passage d'une mèche de gaze stérilisée qui a été au préalable introduite jusque dans le bassinet. La plaie est ensuite recouverte d'un épais pansement formé de gaze et de ouate stérilisées.

Le 26 au soir, il s'est fait par la plaie un écoulement de sang et d'urine qui a mouillé complètement le pansement et qui a nécessité le changement des draps. Le pansement est refait et la mèche de gaze introduite dans le bassinet est remplacée par un gros drain. La malade se sent bien; elle souffre cependant un peu au niveau de la plaie. Elle répond bien aux questions qu'on lui pose ; elle n'a pas de vomissements. Le pouls est plein, de fréquence normale ; la température axillaire est de 36°,8.

Le 28, la malade est toujours extrêmement mouillée par le liquide qui s'écoule de la plaie ; elle dégage une odeur nettement urineuse. L'état est bon ; la température est de 36°,8 le matin et de 37° le soir.

Le 30, la malade a eu dans la nuit et le matin deux mictions spontanées par l'urèthre ; à son dire, l'urine était trouble, mais cette urine n'a pas été conservée pour être soumise à notre examen. La malade est en bon état ; toutefois, le soir, la température atteint 38°.

Le 1er octobre, la malade a encore rendu une fois de l'urine par l'urèthre. La plaie a bon aspect. L'urine qui s'écoule par la fistule est recueillie pour être soumise à l'analyse. Celle-ci donne les résultats suivants ; odeur normale, aspect transparent, sédiment très faible, densité 1007, réaction légèrement acide, couleur jaune pâle ; urée, 8 gr.60 ; chlorure de sodium. 7 gr. 30; acide phosphorique, 0 gr. 92 ; albumine, 2 gr. 60 par litre. L'examen microscopique décèle quelques hématies et quelques leucocytes.

Le 6 octobre, ablation des crins de Florence. Le drain du bassinet est remplacé par un autre.

Le 7 octobre, la malade se trouve très bien ; la température, qui n'avait jamais dépassé 38, est revenue à la normale depuis quatre jours.

Le 8, la malade est autorisée à se lever.

Le 14, une sonde de Pezzer n° 24 est introduite dans le bassinet. Dans la position couchée, toute l'urine s'écoule par la sonde et peut être recueillie dans un urinal ; la malade n'est aucunement mouillée.

Le 17, la sonde qui avait bien fonctionné jusqu'alors, est expulsée de la plaie ; on la remet en place.

Le 18, la sonde s'est encore déplacée ; elle est mise en place et fixée à la peau à l'aide d'un point au crin de Florence. L'urine recueillie et soumise à l'analyse donne les résultats suivants : odeur faible, aspect louche, sédiment faible, densité 1004, réaction légèrement acide, couleur jaune pâle, urée 7 grammes, chlorure de sodium 5 gr. 80, acide phosphorique 0 gr. 46, albumine 1 gr. 80 par litre. L'examen microscopique montre la présence de globules de pus.

Le 22, la sonde fonctionne bien. On ne sent en aucune manière le rein gauche ; la pression au niveau de la région rénale gauche n'est pas douloureuse. Le rein droit se trouve abaissé et encore un peu augmenté de volume.

Le 27, la sonde est toujours bien tolérée, les urines sont redevenues claires.

Le 31, bon état.

Le 8 novembre, lavage du bassinet à l'eau boriquée, le liquide revient clair.

Le 10, la malade, munie d'un urinal, rentre chez elle. Pour éviter l'effacement de la lumière de la sonde au cours et par suite des légers déplacements de la ceinture, la sonde de Pezzer traverse une petite canule métallique qui pénètre d'environ 1 centimètre dans l'orifice cutané de la fistule lombaire.

Depuis sa sortie de l'hôpital et grâce à l'extrême obligeance de son médecin, M. le Dr Boyer (de Castelsagrat), nous avons eu, à plusieurs reprises, des nouvelles de Marie R... Le 8 mars 1899, M. le Dr Boyer nous écrit que notre malade est dans un état relativement satisfaisant. Elle se lève chaque jour, l'appétit est conservé, les urines ne sont pas purulentes ; il n'y a pas de fièvre ; un seul lavage du bassinet a été nécessaire, mais il y a de l'œdème de la face et une albuminurie très marquée. Il n'y a pas de miction par l'urèthre, toute l'urine

coule par la fistule. La tumeur de l'utérus continue à évoluer lentement sans hémorrhagie notable.

Une pareille observation comporte quelques réflexions.

Et tout d'abord, au moment de l'entrée à l'hôpital, lorsque nous n'avons pu intervenir chirurgicalement, nous avons fait à notre malade deux abondantes saignées suivies d'injection de sérum. Les accidents graves ont disparu au bout de trente-six heures, et nous pouvons nous demander quelle a été, en cette circonstance, l'action du traitement médical. Cette action est évidemment difficile à déterminer. Pourtant nous pensons que les saignées n'ont pas été inutiles et qu'elles ont permis à la malade de résister à l'intoxication urémique, qu'elles lui ont donné le temps de lever son anurie. Nous ne pensons pas que le traitement médical ait fait davantage, il a permis simplement d'attendre une de ces rémissions qui sont précisément l'un des caractères plus particulièrement propres à l'anurie par cancer de l'utérus. En dépit de la possibilité d'une rémission, l'intervention était pour nous nettement indiquée dès l'entrée de la malade à l'hôpital. Lors de la deuxième crise d'anurie, l'opération nous a paru aussi bien justifiée et nous avons choisi précisément le moment où la période de tolérance commençait à être dépassée comme le montraient la céphalée et les vomissements. Peut-être même n'est-il pas prudent d'attendre, pour opérer, la fin de cette période de tolérance parfaite, car la mort subite peut se montrer au cours d'une anurie jusqu'alors bien supportée. Du reste, la valeur de l'intervention précoce est aujourd'hui affirmée pour l'anurie calculeuse dont nous pouvons rapprocher, d'une manière plus ou moins complète, l'anurie par cancer utérin.

Décidé à intervenir chez notre malade, nous avons fait la néphrostomie. L'implantation de l'uretère dans le gros intestin, pas plus que l'urétéro-cystomostomie ne nous paraissaient de mise chez une femme anurique depuis huit jours. La création d'un méat urétéral était certainement un peu moins simple que l'ouverture du rein et c'est à celle-ci, à cause de sa facilité et de

sa rapidité d'exécution, que nous avons donné la préférence.

La néphrostomie a été faite à droite parce que le rein de ce côté était volumineux et aussi parce que le rein gauche n'affirmait son existence par aucun phénomène clinique. Ce silence du rein gauche nous permit de penser que probablement il était atrophié, ruiné physiologiquement et qu'il y avait peu à attendre de lui. Peut-être même le rein gauche manque-t-il chez notre malade. En tout cas, si ce rein avait été simplement empêché de sécréter par un réflexe réno-rénal, il aurait repris sa fonction sous l'influence de la néphrostomie faite du côté opposé ; or, sauf le 30 septembre et le 1er octobre, c'est-à-dire quatre et cinq jours après l'opération, la malade n'a pas rendu d'urine par l'urèthre. La sécrétion urinaire paraît donc bien abolie à gauche et il est probable que ce rein a été le premier à voir son uretère obstrué. Du reste, sans vouloir nier la valeur du réflexe réno-rénal, on sait que l'anurie par obstruction se montre ordinairement chez des sujets présentant des lésions bilatérales. Chez notre malade, nous avons remédié à l'incontinence d'urine par le port d'un appareil qui nous a donné toute satisfaction. La sonde de Pezzer, mise à demeure dans le bassinet, a été très bien supportée et n'a pas amené d'infection. Les bons résultats fournis par cet appareil nous semblent devoir être signalés, et cela d'autant mieux que dans les observations analogues à la nôtre, il n'est nullement fait mention du dispositif employé par les auteurs pour recueillir les urines de la fistule lombaire.

Enfin notre malade est, à notre connaissance, celle qui a bénéficié le plus longuement d'une néphrostomie pour anurie pour cancer de l'utérus. En effet, plus de cinq mois après l'opération, elle est encore en assez bon état alors que les malades de M. Picqué, de MM. Jayle et Labbé et de MM. Jayle et Desfosses ont eu respectivement une survie de 105, de 19 et 73 jours.

En somme, la néphrostomie nous paraît être l'intervention de choix dans l'anurie par cancer de l'utérus ; c'est là, du reste, l'opinion déjà soutenue par M. Picqué au Congrès de chirurgie de 1894. Elle donnera des résultats plus particulièrement favo-

rables lorsque, comme chez notre malade, le cancer n'aura pas amené une altération trop profonde de l'économie. Sauf les cas dans lesquels l'anurie survient comme accident tout à fait ultime de l'évolution d'un cancer utérin, la néphrostomie dirigée contre elle nous semble presque aussi légitime que la trachéotomie dans le cancer du larynx ; ou l'anus contre nature, dans le cancer de l'intestin.

CONSIDÉRATIONS
SUR LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN
PAR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE (1)

PAR MM.

L. Picqué, Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

et

P. Mauclaire, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

(*Suite et fin.*)

Résultats opératoires. Statistiques. Comparaison avec l'hystérectomie vaginale.

Nous allons commencer par réunir les cas que nous avons pu recueillir. Mais *il est à noter que dans ces différentes observations on ne dit pas toujours si l'hystérectomie abdominale a été faite avec ou sans ablation des ganglions.* C'est ce qui enlèvera un peu de valeur à la statistique suivante :

1878. —	Freund	10 cas,	7 morts.
1881. —	Freund	10 —	4 —
1890. —	Hofmeier (2)	4 —	4 —
1891. —	Gusserow	4 —	3 —
	Veit (3)	4 —	4 guérisons.
1892. —	Zweifel	8 —	7 morts.
	Von Rosthorn (Prague) (4).	1 —	1 guérison.

---

(1) Voir n° de mai, page 337.

(2) Hofmeier. *Zeitschrift f. Geburt. und Gynäk.*, 1884, t. V, p. 280.

(3) Veit. *Deutsch. med. Woch.*, 1891, p. 1125.

(4) Von Rosthorn. *Prager med. Woch.*, 1892, n° 9. (Voir plus loin la nouvelle statistique de ce chirurgien, rapportée par Schally.)

1894. —	Czempin (de Berlin) (1)...	2 cas,	2 guérisons.
	Brösе (de Berlin) (2)....	1 —	1 —
	Czempin (de Berlin) (3)..	1 —	1 mort.
1895. —	Leopold..............	8 —	7 —
	Clark................	10 —	0 —
	Rumpf (4)............	1 —	1 guérison.
1896. —	Schauta..............	10 —	7 morts.
1897. —	Otto Küstner (Breslau) (5).	8 —	1 —
1898. —	Freund (6)............	20 —	4 —
	Rouffart (7)..........	1 —	1 guérison.
	Schally (8)............	21 —	11 morts (9).
	Boston (10)............	1 —	1 —
	Riess (11)............	3 —	1 —
	Lavisé (12)............	1 —	1 guérison.
	Lauwers (13)..........	1 —	1 —
1898. —	Terrier (14)...........	9 —	2 morts.
	Quénu (15)............	1 —	1 guérison.
	Michaux (16)..........	1 —	1 —

---

(1) *Société de gynéc. de Berlin*, 22 juin 1894.

(2) Utérus cancéreux et fibromateux. *Soc. de gynéc. de Berlin*, 1894, 13 juillet.

(3) Opération de Freund et résection de l'S iliaque envahi ; mort. *Société de Gynæcol. de Berlin*, 9 nov. 1894.

(4) *Centralblatt f. Gynæc.*, août 1895.

(5) *Monatschrift f. Geburt. und Gynäk.*, 1897, et *Sammlung klin. Vortrag.*, février 1898 et un mémoire de Wisselinck. *Zeitschrift f. Geb. und Gynækol*, 1897, vol. XXXVII.

(6) Totalité des cas de 1893 à 1898.

(7) *Société belge de gynécologie*, 1898.

(8) *Zeitschrift f. Heilkunde*, 1898, vol. XIX, p. 151.

(9) 10 morts de péritonite, et 1 d'urémie.

(10) Cité par Riess. *Americ. Journ. of obstet. and gynec.*, 1897.

(11) *Ibidem.*

(12) Cité par Rouffart. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1898.

(13) *Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 19 février 1898 (procédé abdomino-vaginal ; pas de recherches des ganglions).

(14) *Congrès de chirurgie*, 1898.

(15) *Société de chirurgie*, 2 mai 1898.

(16) *Ibidem.*

1898. — REYNIER (1)............	8 cas,	2 morts.
PANTALONI (2)..........	8 —	2 —
FAURE (3).............	6 —	4 — opératoires dont 2 compliqués de fibromes utérins.
JACOBS (de Bruxelles) (4).	23 cas,	1 mort opératoire par pneumonie double. 1 mort au bout de 5 jours.
JONESCO (de Bucarest) (5).	6 —	3 morts.
LEGUEU (6)............	7 —	4 —
HOUZEL (7)............	1 —	1 guérison.
MAUCLAIRE (8)..........	2 —	1 mort.
MAUCLAIRE et PICQUÉ (9)..	1 —	1 —
PICQUÉ et MAUCLAIRE (10).	1 —	1 guérison.
HARTMANN (11)..........	3 —	3 —
IRISCH (12)............	25 —	3 morts opératoires.

Cette statistique peut être étudiée de plusieurs façons. Si nous voulons faire le total, nous trouvons 232 cas avec 82 décès opératoires, soit une mortalité de 35,3 p. 100.

Si nous subdivisons la statistique totale en deux périodes : première période de 1878 à 1895, deuxième période de 1895 à 1898, nous trouvons pour la première période : 45 opérations et 26 décès opératoires, soit une mortalité de 57,7 p. 100.

Pour la deuxième période : 187 opérations et 56 décès opératoires, soit une mortalité de 30 p.100. Le progrès est évident.

(1) *Congrès de chirurgie*, 1898.

(2) *Ibidem.*

(3) *Ibidem* et communication orale.

(4) *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, janvier 1898, et *Société belge de gynécologie*, 21 janvier 1898.

(5) *Archives des Sciences médicales*, 1898, et *Congrès de chirurgie de Paris*, 1898.

(6) *Communication orale.*

(7) *Communication orale.*

(8) Rapport de M. PICQUÉ. *Société de chirurgie*, novembre 1898.

(9) *Ibidem.*

(10) (Obs. inédite.)

(11) HARTMANN. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1899.

(12) IRISCH. *Boston medical and surg. J.*, jan. 1899, p. 251.

Enfin envisageons la statistique particulière de certains chirurgiens qui ont pratiqué l'opération plusieurs fois et nous trouvons que Léopold, en 1895, avait 7 décès sur 8 interventions. Schauta en 1896 a 7 décès sur 10 cas. Celle de Freund montre que ce chirurgien s'est beaucoup perfectionné. En 1878, pour 10 opérées, la mortalité est de 70 p. 100. En 1881 elle tombe à 40 p. 100. De 1893 à 1898 elle tombe à 20 p. 100, pour un chiffre double d'interventions. D'autre part, en France, M. Terrier sur 9 cas n'a que deux décès opératoires. M. Reynier sur 8 cas n'a aussi que deux décès opératoires.

La mortalité opératoire a diminué entre les mains d'un même chirurgien, mais sans aucun doute elle reste encore élevée si on la compare à celle de l'hystérectomie vaginale faite par le même opérateur.

De tout ce qui précède il est facile de conclure avec Kustner, dont l'expérience porte sur 20 cas, que si l'hystérectomie abdominale totale est plus grave que l'hystérectomie vaginale, cela ne tient ni au choc, ni à l'hémorrhagie, ni à la longue durée de l'opération, mais à la facilité avec laquelle le péritoine peut s'infecter. *C'est en effet la septicémie péritonéale qui emporte les trois quarts des malades qui succombent à l'opération.*

Les cancers durs ou ulcérés sont à ce point de vue peut-être moins dangereux que les cancers mous et végétants.

Il est certain enfin que l'hémorrhagie est rarement signalée comme cause de mort opératoire.

Comparaison des résultats opératoires avec ceux de l'hystérectomie vaginale.

Voyons tout d'abord quelle est la mortalité actuelle de l'ablation de l'utérus cancéreux par la voie basse.

Hirschmann, dans sa thèse (1), a réuni 1,241 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, avec une mortalité de 109 cas, soit 8,8 p. 100 de mortalité.

(1) HIRSCHMANN. *Ueber vaginale Totalextirpation des carcinomatösen Uterus.* Inaug. Dissert. Wurzburg, 1895, citée par VISSELINCK. Zur Therapie des Uteruscarcinoms. *Zeitschrift für Geburt. und Gynæk.*, 1897, p. 230.

Visselinck ajoute les statistiques suivantes, publiées en 1896:

FENOMENOFF	18 cas,	0 mort.
SCHULEIN	28 —	0 —
ZWEIFEL	194 —	14 —
MARTIN	77 —	10 —
KUSTNER	55 —	1 —

Soit 1,711 cas avec 140 morts = 8 p. 100 de mortalité.

Ajoutons encore les statistiques, citées par Lairé dans sa thèse (1).

RICHELOT	62 cas,	6 morts.
PÉAN	87 —	14 —
POZZI	19 —	5 —
TERRIER et HARTMANN	12 —	2 —
RICARD	15 —	0 —
ROUTIER	31 —	5 —
SCHWARTZ	15 —	0 —
QUÉNU	12 —	0 —
DMITRI DE OTT	19 —	0 —
LEGUEU	4 —	0 —
Divers chirurgiens français	17 —	0 —

Ajoutons enfin les statistiques suivantes :

BOUILLY (2)	127 cas,	25 morts.
SEGOND (3)	33 —	7 —
PONCET (4)	20 —	0 —
JACOBS (5)	69 —	0 —
LANDAU (6)	104 —	8 —

(1) LAIRÉ. *Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dan le cancer de l'utérus.* Thèse Paris, 1896.

(2) BOUILLY. Les résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. *La Semaine gynécologique*, 1897, p. 148.

(3) SEGOND. *Société de chirurgie*, 25 novembre 1891.

(4) PONCET. *Gazette des hôpitaux*, 8 mars 1894, p. 1207.

(5) JACOBS. *Journal d'accouchements du professeur Charles*, et *Semaine gynécologique*, 1897. Voir aussi clinique de M. LE DENTU sur le cancer de l'utérus. *Ibidem*, 1897, p. 393 et 316.

(6) LANDAU et THUMIN. Ueber 104 mit Totalextirpation behandelte Fälle von Krebs der Gebärmutter. *Berlin. klin. Woch.*, 1896.

Cela fait un total de 2,357 cas avec 212 morts opératoires, soit une mortalité de 8,9. C'est donc à tort que quelques auteurs n'admettent qu'une mortalité de 4 à 3 1/2 p. 100 (Bastian) (1) ou de 5 p. 100 (Thorn) (2). Disons enfin que, en 1893, Byrne (3) avait réuni 1,273 cas appartenant à 38 chirurgiens avec 186 morts, soit 14,6 p. 100. Barrault et de Cheyson, en 1889, avaient établi une statistique de 1,605 cas appartenant à 16 chirurgiens étrangers et la mortalité était de 16,4 p. 100.

Nous avons vu plus haut que la mortalité opératoire de l'hystérectomie abdominale (simple ou complexe) est de 33,3 p. 100 pour la période s'étendant de 1895 à 1899.

On voit combien la différence est grande ! puisque la mortalité opératoire est presque quatre fois plus grande.

Enfin, la statistique récente de Küstner (4) (de Breslau) est intéressante. En effet, elle permet de comparer les résultats de la voie haute complétée et ceux de la voie basse. — Sur 91 opérations pour cancer utérin, ce chirurgien a 76 hystérectomies vaginales avec 2 morts et 15 abdominales avec 3 morts opératoires.

Résultats éloignés. — Comparaison avec ceux de l'hystérectomie vaginale.

Comme on a pu en juger, notre grande préoccupation au cours de ce travail fut de mettre en balance les résultats de la voie basse et ceux de la voie haute. Il faut savoir si ceux-ci sont assez satisfaisants, pour engager les opérateurs à recourir à la méthode abdominale plus radicale, mais aussi plus dangereuse.

Les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer ont été publiés par beaucoup d'auteurs. Nous devons dire qu'étant

---

(1) BASTIAN. De la cure radicale du cancer du col utérin par la voie abdominale. *Rev. Méd. Suisse romande*, 20 mars 1899.

(2) THORN. *69e réunion des naturalistes et médecins allemands*, 20 septembre 1897.

(3) Cité par BOWEMANN JESSET. *Lancet*, 27 juillet 1893, p. 237.

(4) KÜSTNER. *Volkmann's Sammlung. klin. Vorträge*, fév. 1898.

donnée la gravité de la maladie quelques survies sont vraiment bien surprenantes.

Voici tout d'abord le résumé de la pratique de M. Bouilly (1) pour ses 127 opérées de 1886 à 1896. La plus longue survie est de cinq ans 1 cas, puis quatre ans et demi 6 cas, trois ans 2 cas. Plus la femme est jeune, plus la récidive est rapide, dit M. Bouilly.

Jacobs (2) (de Bruxelles) constate que sur 70 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, deux malades seulement ont eu une survie de plus de deux ans; toutes les autres sont mortes de récidive de un à dix-huit mois après l'intervention.

D'autre part, l'absence de récidive est notée au bout de 6 ans par M. Le Dentu et par M. Pozzi; au bout de 5 ans, par M. Quénu; au bout de 6 ans, au bout de 9 ans, par M. Richelot; au bout de 5 ans, par Terrier et Hartmann, et par M. Routier.

Quant à la statistique de Landau (3) (de Berlin), *elle comprend 104 cas.* Huit de ces hystérectomisées ont succombé après l'opération; 32 sont encore vivantes et guéries. Les cas de survie sans récidive remontent par progression décroissante à neuf ans et demi (2 cas); neuf ans et trois mois (2 cas); huit ans (2 cas); sept ans (3 ans); six ans (2 cas); cinq ans (1 cas); quatre ans (3 cas); deux ans (6 cas); 18 mois (2 cas); 15 mois (2 cas); un an (3 cas); six mois (1 cas); les chiffres indiquent donc une survie exempte de récidive de 30 p. 100. En admettant comme guéries définitivement les opérées depuis cinq ans, la guérison radicale aurait été obtenue dans 27 p. 100 des cas.

La récidive a été observée chez 48 malades, au bout de seize mois chez 38 d'entre elles.

Parmi les 18 autres malades opérées, deux ont succombé à la généralisation, les autres ont été perdues de vue.

---

(1) BOUILLY. Résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 1897, p. 148.

(2) JACOBS. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, janvier 1898.

(3) THUMIN. Ueber 104 mit Totalextirpation behandelte Fälle von Krebs der Gebärmutter. *Berlin. klin. Woch.*, 1898, p. 396.

Von Ott a obtenu des guérisons définitives maintenues au bout de douze, onze, dix, huit et six ans. Olshausen, Fritsch, Lauwers ont eu des succès semblables. Byrns sur 163 cas note 12 p. 100 de guérisons définitives au bout de trois ans.

Mais il faut se demander si dans tous ces cas de cure radicale et prolongée il s'agissait de cancer ? Beaucoup d'auteurs n'hésiteraient pas à répondre par la négative, et pour eux ces prétendus cancers guéris étaient des métrites. Nous sommes de cet avis.

Il est certain que nous sommes un peu hynoptisés par le cas de Freund qui, opérée en 1878, vivait encore en 1893, avec une santé parfaite.

Peiser glisse très rapidement sur les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale, Wisselink et Funke également, et ce sont cependant les trois auteurs qui ont le mieux étudié le sujet que nous traitons. Peut-être pensent-ils que toute déduction est encore impossible.

M. Terrier, dans sa récente communication du Congrès chirurgie, nous dit que selon lui les suites ne sont guère plus brillantes qu'après l'hystérectomie vaginale « et l'espoir de retarder les récidives ne semble pas justifié par les résultats acquis jusqu'à ce jour ».

Dans l'un de nos cas la récidive fut constatée six mois après.

Dans le 1er cas de Hartmann la mort survint 9 mois après l'opération. Dans le 2e cas la récidive survint au bout de 16 mois. Sur 19 cas dans lesquels l'opération a été complète et qui ont été suivis de guérison opératoire, Irisch note 5 malades sans récidives depuis 3 ans; 5 mortes de récidives au bout de 1 à 3 ans; les autres malades avaient été opérées récemment et n'avaient pu être suivies.

Jacobs a dans sa première série trois récidives après 3 à 6 mois. Dans sa deuxième série de 15 cas, il y a 3 malades sans récidive au bout de 12 mois, 2 après 11 mois, 3 après dix mois, 2 après 7 mois; les autres cas étaient trop récents pour pouvoir entrer en ligne de compte. Dans cette statistique, la plus heureuse qui puisse être citée, nous constatons que les récidives

sont plus éloignées dans la deuxième série que dans la première. Cela tient à ce que ce chirurgien n'opère plus des cas aussi avancés et à ce qu'il opère plus largement les malades de la deuxième catégorie. De plus, si nous distinguons les interventions pour cancer du corps et celles faites pour cancer du col, la survie sans récidive paraît être la même dans les deux cas.

Quant aux récidives, cette statistique nous montre qu'après l'abdominale totale, elle se fait plutôt dans le bassin, sur l'intestin, qu'au niveau du vagin. C'est ce que nous avions constaté également. Il nous semble enfin que M. Jacobs ait plus souvent que les autres auteurs rencontré et enlevé des ganglions sacrés.

Ainsi la précocité des ganglions hypogastriques et lombaires rend la cure radicale illusoire. N'en est-il pas de même pour le cancer du testicule. Ici également la néoplasie des ganglions lombaires est très précoce et l'opération ne peut plus être que palliative (1).

En somme, il est difficile de nous faire une opinion exacte sur la survie accordée par l'hystérectomie abdominale totale complétée de curage pelvien, et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord les observations publiées ne sont pas encore assez nombreuses. De plus, dans celles qui ont été publiées, le curage des ganglions pelviens n'a pas toujours été fait d'une façon rigoureuse. Enfin le départ n'est pas toujours fait entre le cancer du corps et le cancer du col et le curage pelvien est plus difficile dans ce dernier cas à cause de l'uretère. Les résultats éloignés ne sont pas indiqués d'une façon suffisamment précise. La nature histologique du cancer pourrait aussi avoir de l'importance.

Malgré tous ces desiderata les résultats éloignés ne nous paraissent pas suffisamment démontrés pour que l'on puisse dire que tout cancer n'ayant pas encore envahi les ligaments larges ou le cul-de-sac antérieur doit être traité par l'hysté-

(1) MOST. Des tumeurs malignes du testicule et des métastases qu'elles déterminent. *Arch. f. path. Anat. und Physiol.*, t. CLIV, n° 1.

rectomie abdominale totale et complète. Par contre, cette opération nous paraît complètement indiquée pour le cas de cancer au début quel que soit leur siège, leur évolution, leur structure histologique. Et pour faire cette opération de bonne heure il faudrait faire plus souvent le curettage explorateur (Le Dentu et Pichevin) (1).

Arrivés au terme de notre étude, nous croyons pouvoir en résumer les grandes lignes de la façon suivante :

Il n'existe pas de variété histologique de cancer utérin ayant une évolution très lente pour le traitement de laquelle la simple hystérectomie vaginale pourrait être considérée comme relativement suffisante. De l'utérus, l'infection cancéreuse gagne les ganglions sacrés, hypogastriques, iliaques, inguinaux, lombaires, elle envahit tous les organes pelviens et provoque une *carcinose utéro-pelvienne diffuse*. Les étapes ganglionnaires établies par Peiser sont un peu schématiques. Les récidives après l'hystérectomie vaginale se font et in situ et dans tout le pelvis. Pour un cancer aussi grave, l'opération initiale doit être aussi précoce et aussi étendue que possible, ce sera une hystérectomie abdominale *avec recherche et ablation de tous les ganglions néoplasiés. C'est ce complément opératoire qui justifie l'emploi de la voie haute.*

Le cancer au début, quel que soit son siège, relève de cette intervention ; pour le cancer du corps, l'indication est des plus favorables. L'existence d'une pelvi-péritonite cancéreuse provoquant une carcinose utéro-pelvienne diffuse, est une contre-indication évidente.

On choisira de préférence les procédés opératoires de Freund, de Riess, de Peiser, de Clark, etc. Le cathétérisme des uretères sera souvent très utile. La section médiane de l'utérus nous paraît peu recommandable à cause de la pyométrie fréquente. La ligature des artères utérines à leur origine nous paraît devoir faciliter l'hémostase opératoire.

L'ablation des ganglions pelviens doit presque toujours être

(1) LE DENTU et PICHEVIN. *Sem. gynécologique*, 23 février 1897.

faite; elle sera souvent longue, laborieuse et dangereuse à cause de leur adhérence soit aux artères, soit aux veines iliaques internes, ou externes. Le drainage abdomino-vaginal pourra rendre de grands services pour éviter la plus fréquente des complications : la septicémie péritonéale.

De 1878 à 1895, la mortalité opératoire a été de 57,7 p. 100 (45 opérations, 26 morts). De 1895 à 1899 la mortalité n'est plus que de 30 p. 100 (187 opérations, 56 décès opératoires).

Pour 2,357 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer et que nous avons réunis, la mortalité opératoire est encore de 8,9. Elle est donc presque quatre fois moindre.

Quant aux résultats définitifs, l'hystérectomie vaginale a des survies très prolongées et des guérisons dites définitives, et l'examen histologique montrait bien qu'il s'agissait de cancer. Cependant certaines métrites, certains adénomes peuvent très bien simuler le cancer; aussi certains chirurgiens ne croient pas encore au traitement radical du cancer par l'exérèse.

Est-ce que l'hystérectomie abdominale *avec ablations larges du tissu cellulaire pelvien et des ganglions* donne des survies plus longues et des guérisons radicales plus fréquentes que l'hystérectomie vaginale? Les observations rapportées ne plaident pas beaucoup en faveur de cette idée. Mais il est encore trop tôt pour se prononcer, l'opération n'a pas encore été faite un nombre suffisant de fois, elle est encore faite trop tard; les chirurgiens doivent encore se perfectionner pour en rendre la technique facile et sans dangers. « L'évidement du bassin » est plus difficile que l'évidement de l'aisselle dans le cas de cancer du sein et que l'évidement de la région sus-hyoïdienne dans le cas de cancer de la langue. Cependant si cette large opération augmente de beaucoup les chances de guérison radicale du cancer, il ne faudrait pas hésiter à la pratiquer de bonne heure dans tous les cas de cancer utérin.

Résumé des dernières observations de Freund et de nos 4 observations personnelles.

A. — Observations de Freund (1). (20 cas, 4 morts opératoires.)

Obs. I. — Femme de 48 ans ; 2 enfants. *Cancer du corps de l'utérus*, ayant débuté il y a un an ; utérus très volumineux, ce qui décide l'opérateur à recourir à la voie abdominale. Hyst. abd. totale, après incision du vagin autour du col ; ligatures de la base des ligaments larges par le vagin. *Guérison ;* exeat au bout de 20 jours.

Obs. II. — Femme de 44 ans. *Cancer du col de l'utérus,* avec petits fibromes. Utérus très volumineux. Hyst. abd. totale 24 heures après l'incision du vagin autour du col. *Mort* 2 jours après l'opération, de septicémie péritonéale.

Obs. III. — Femme de 54 ans. *Cancer du corps de l'utérus ;* vagin étroit ; utérus gros et peu mobile. Hyst. abd. totale après incision du vagin autour du col. *Guérison.*

Obs. IV. — Femme de 48 ans ; 10 enfants. Polype utérin opéré récemment. *Cancer du col et salpingite purulente ;* adhérences nombreuses. Hyst. abd. totale après incision du vagin autour du col. *Guérison.*

Obs. V. — Femme de 37 ans ; 15 enfants ; dernières couches il y a 6 semaines. *Cancer du col* et infiltration des ligaments larges. Hyst. abd. totale après incision du vagin autour du col. *Guérison.*

Obs. VI. — Femme de 55 ans, 2 enfants. Hémorrhagies. *Cancer du col et pyosalpingite.* Hyst. abd. totale, après incision du vagin autour du col. *Mort de péritonite enkystée.*

Obs. VII. — Femme de 53 ans. Ménopause depuis 4 ans. 2 enfants. *Cancer du corps de l'utérus.* Vagin étroit. Hyst. abd. totale après incision du vagin ; ouverture du cul-de-sac de Douglas ; dissection de la vessie ; *renversement du moignon dans le vagin ;* suture du col ; *drainage péritonéal. Guérison.*

Obs. VIII. — Femme de 54 ans. Ménopause depuis 4 ans.

Pertes fétides depuis 6 mois ; pas d'enfants. *Cancer du corps de*

(1) Clinique de Freund (*Zeitschrift fur Geb. und Gyn.*, 1897 *et* 1898). Comme on le verra, il y a dans cette statistique des observations d'hystérectomie abdominale pour sarcome et pour cancer compliqués de grossesse, cas que nous n'avons pas eu en vue dans notre travail.

l'utérus. Hyst. abd. totale ; incision du vagin ; ouverture du Douglas et *renversement du moignon dans le vagin. Guérison.*

Obs. IX. — Femme de 63 ans. Pertes fétides.

Sarcome du corps et du col. Hyst. abd. totale après incision du vagin ; ablation d'un ganglion iliaque. *Guérison.*

Obs. X. — Femme de 55 ans. Pas d'enfants. Énorme tumeur cancéreuse de l'utérus et des ligaments larges (20 livres). Hyst. abd. totale après incision du vagin autour du col. *Guérison.*

Obs. XI. — Femme de 35 ans. Pertes fétides depuis 8 mois. Enceinte depuis 7 mois. *Cancer du col utérin*, formant une vaste cavité sanieuse, tapissée de tissus friables et putréfiés.

1° Incision du vagin autour du col ;

2° Laparotomie ; ablation de l'utérus et des annexes ; enfant mort au bout de 1 heure.

Guérison de la malade, sans la moindre complication.

Le cancer avait envahi toute l'épaisseur de la paroi cervicale ; les ligaments larges et le tissu périmétritique étaient sains en apparence ; pas de ganglions iliaques appréciables.

Obs. XII. — Fille G... Deux sœurs de la malade ont été déjà opérées pour carcinomes utérins du corps.

Cette femme est atteinte d'un *cancer du corps de l'utérus compliqué d'un fibrome* gros comme une tête d'enfant. Hystérectomie abd. totale typique (sans manœuvres par la voie vaginale) ; le vagin était tellement étroit et le col si haut placé, qu'il était impossible de songer à intervenir par en bas. Suites simples. Guérison.

Obs. XIII (1897).— Femme de 36 ans. *Cancer du col*, avec envahissement de l'isthme ; les lésions sont surtout marquées du côté droit. L'utérus est un peu incliné à droite. La vessie est intacte. Le paramétrium paraît absolument sain. On se décide à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

Incision du vagin autour du col. Hystérectomie abdominale totale. En dissociant le paramétrium, on constate que les lésions sont beaucoup plus avancées qu'on ne l'avait cru ; le col infiltré forme une masse considérable qui encombre le petit bassin ; ablation d'une grande partie du tissu cellulaire pelvien, jusqu'au niveau des gros vaisseaux iliaques ; malgré l'excision de lambeaux péritonéaux assez étendus, on arrive à fermer le péritoine pariétal. Suites simples : le deuxième jour : temp. 38°,2 ; puis tout rentra dans l'ordre. On n'avait pas trouvé de ganglions pelviens dégénérés.

Obs. XIV. — Femme de 66 ans. Depuis 2 ans, pertes fétides. *Col rongé par un cancer* très avancé. Les ligaments larges sont peu souples, cependant on ne sent pas de nodosités à leur niveau.

1er *temps opératoire :* curettage du col et pansement iodoformé.

2e *temps opératoire :* Dans la même séance, hystérectomie abdominale totale ; on découvre l'uretère gauche qui est entouré d'un manchon carcinomateux épais de 2 à 3 centimètres ; il est immobilisé ; l'uretère est alors sectionné au-dessus du cancer ; abouchement du bout supérieur dans la vessie. L'uretère droit n'est pas envahi, mais on le dégage, sur une étendue de 8 centimètres, de tous les tissus voisins. Le tissu cellulaire du petit bassin est soigneusement enlevé, jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Pas de ganglions infiltrés.

Suites très simples ; guérison. Mais, en quittant l'hôpital, la malade conserve la cystite qu'elle avait déjà depuis plusieurs mois.

Obs. XV (1897). — Femme de 35 ans, enceinte de trois mois. *Cancer du col.* Hystérectomie abdominale totale typique. Pas de ganglions. Guérison.

Obs. XVI (1897). — Femme de 48 ans. *Cancer du col.* A l'examen vaginal et rectal, on trouve le ligament large gauche un peu petit, mais nullement infiltré. On essaie l'hystérectomie vaginale, mais on y renonce à cause de la friabilité de la paroi utérine antérieure.

Hystérectomie abdominale totale typique ; on trouve dans le paramétrium, à gauche, un paquet de ganglions ; on incise alors le péritoine pariétal parallèlement à l'uretère, ce qui met les ganglions à découvert ; on en enlève d'abord un ; le second se rompt et donne issue à des masses caséeuses ; en voulant l'extirper, on déchire une grosse veine, qui saigne abondamment. On est donc forcé de renoncer à l'ablation de ce qui reste. Drainage de la cavité péritonéale par le vagin ; fermeture du ventre. Suites simples, sauf un abcès de la paroi. On avait enlevé tout ce qui avait paru malade, à l'exception des quelques ganglions, à cause de leur adhérence aux parties profondes.

Obs. XVII (1898). — Femme de 36 ans. *Cancer du col.* Le ligament large droit est épaissi, mais non infiltré ; la paroi postérieure de la vessie paraît un peu dure au toucher ; il s'agit probablement d'une péri-cystite due au voisinage du cancer. Incision du vagin autour du col. Hystérectomie abdominale totale ; ligature isolée de tous les vaisseaux qui saignent. Les uretères sont dénudés sur une étendue de 6 à 8 centimètres. On enlève tous les tissus au niveau desquels on soupçonne la présence de ganglions. Durée de l'opération, 1 heure et

demie. Hémorrhagie plus abondante que lorsqu'on fait les ligatures en masse préventives. On enlève aussi une grande quantité de tissu cellulaire. On ne trouve pas de ganglions hypertrophiés. Blessure de la vessie (au niveau du point où la paroi avait paru indurée) ; elle est suturée sans accidents.

Guérison de la malade sans complications.

Obs. XVIII (1898). — Femme de 57 ans. *Cancer situé au-dessus du col utérin.* Le 24 janvier, incision circulaire du vagin ; hystérectomie abdominale totale après décollement des adhérences. Après ligature des utéro-ovariennes, on circonscrit l'utérus et les ligaments larges au moyen d'une grande incision ; on enlève tout le tissu cellulaire jusqu'au niveau de l'uretère droit ; on constate que la tumeur ne dépasse pas l'utérus ; on ne trouve pas de ganglions ; à la fin de l'opération, l'uretère droit se montre en un point assez limité ; quant à l'uretère gauche, il demeure invisible. Durée de l'opération, 1 heure un quart ; pas d'incidents.

Le soir, nausées ; anurie absolue.

Le 25, l'anurie persiste malgré des injections de vin rouge et de sérum artificiel. Pouls à 100-120 ; temp. = 37°,8. Pas de céphalalgie ; nausées ; pas de douleurs lombaires.

A 11 heures du matin, on ouvre le ventre ; on trouve un peu de sang liquide dans le Douglas.

Du côté droit, on défait la suture péritonéale pour découvrir l'uretère qui se présente sous la forme d'un cordon à peine gros comme le petit doigt et légèrement tordu, mais sans aucune dilatation appréciable ; on le suit jusqu'au niveau du bas-fond vésical, et en aucun point de son trajet on ne trouve de ligature. Le chirurgien se décide alors à pratiquer une petite ponction de l'uretère, ce qui donne issue à un tout petit peu d'urine ; on introduit alors dans le bout inférieur une sonde fine qui est arrêtée au niveau du point où l'artère utérine correspondante a été liée et sectionnée : impossible de faire pénétrer la sonde dans la cavité vésicale. A gauche, on se livre aux mêmes manœuvres, et l'on obtient exactement le même résultat. Le chirurgien se décide alors à pratiquer *l'urétéro-cysto-néostomie bilatérale ;* il pratique un orifice sur la paroi vésicale et abouche l'uretère *droit* sectionné ; à la suite de cette anastomose, l'uretère se trouve fortement tendu.

A gauche, l'auteur essaye d'appliquer le procédé de cysto-néostomie de *Bayer ;* il ouvre la vessie, mais il lui est impossible de fixer l'uretère à cette ouverture à cause de la friabilité des parois uretérales, et

de l'insuffisance de la longueur du bout supérieur; il se décide alors à fixer l'uretère à la paroi abdominale.

On introduit une sonde dans la vessie, et une autre dans l'uretère gauche.

Le 26, on trouve un peu d'urine épanchée dans le lit; il s'écoule peu d'urine par la sonde à demeure vésicale; pas d'urine par l'uretère fixé à la paroi abdominale.

Le 27, amélioration de l'état général; écoulement suffisant d'urine par l'uretère fixé à la paroi.

4 février. Congestion pulmonaire de la base droite. Un peu de fièvre.

Le 6. La malade urine abondamment *sous* elle; cette urine vient du vagin; on suppose que la suture de la deuxième ouverture faite à la vessie (pour aboucher l'uretère gauche) n'a pas tenu.

Le 8. État général médiocre.

Le 18. La malade demande à retourner chez elle; on la laisse partir dans un état assez peu satisfaisant.

Mort, au bout de 3 semaines, de septicémie.

Obs. XIX (1898). — *Cancer du col et du corps de l'utérus* avec myôme interstitiel. Grattage du carcinome: incision circulaire du vagin, puis hystérectomie abdominale totale; on trouve un grand nombre d'adhérences. On recherche les ganglions iliaques, sans les trouver. *Mort* le 14e jour, de pyohémie.

Obs XX (1897). — Femme de 49 ans. *Cancer du col*, qui est considérablement excavé par le néoplasme.

Nodosités dans le ligament large droit, au niveau de la base; le ligament large gauche paraît rétracté; on se décide néanmoins à opérer, attendu que l'utérus est parfaitement mobile. Incision circulaire du vagin. Hystérectomie abdominale totale et ablation du nodule cancéreux du ligament droit. Suture du péritoine. Avant de fermer le ventre, on enlève un paquet de ganglions iliaques à gauche, avec beaucoup de précaution; l'artère iliaque est ainsi mise à nu. Guérison, après abcès de la paroi abdominale.

B. — Observations personnelles (résumées).

Obs. 1 (Mauclaire). — Mme Maria P..., âgée de 48 ans, entre le 20 juillet 1898, dans le service de notre maître, M. le professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker. Cette malade a eu trois accouchements; le

dernier date de 1881 ; il a été assez pénible, et fut suivi de pertes blanches pendant longtemps.

La première métrorrhagie date du mois de janvier dernier, elle fut suivie de démangeaisons vulvaires et de douleurs dans la miction qui était plus fréquente. Bientôt les pertes de sang furent presque continuelles et nauséabondes, et dans leur intervalle, la malade perdait un liquide roussâtre. Le ventre augmenta un peu de volume ; le teint de la malade devint jaunâtre.

A l'examen du 20 juillet, on constate, au toucher vaginal, l'existence d'un *cancer végétant* du col utérin. Les culs-de-sac sont libres ; l'utérus est mobile et augmenté de volume ; le néoplasme n'a pas encore envahi la vessie, ni le vagin, ni la base des ligaments larges. L'ablation par la voie abdominale, est décidée après avoir fait la désinfection aussi complète que possible du vagin avec des injections de permanganate ; l'ablation préalable des végétations cancéreuses peu saillantes du col nous parait inutile pour ce cas.

L'opération est pratiquée le 30 juillet, suivant le procédé américain. La vessie est facilement décollée ; l'ablation du néoplasme parut totale ; cependant la base du ligament large droit semble épaissie. L'examen, un peu rapide il est vrai, ne permet pas de reconnaître l'existence de ganglions au niveau de la bifurcation des artères iliaques. L'excavation pelvienne est drainée par une mèche sortant par le vagin.

Les suites opératoires furent normales.

La malade fut revue quatre mois après l'opération. Elle a engraissé ; elle mange bien mieux ; elle n'a plus le teint jaunâtre. Mais le toucher vaginal permet de reconnaître l'existence d'une récidive au niveau du ligament large droit, en ce point qui avait paru épaissi au cours de l'opération. La malade n'a pas de pertes sanguines, mais après ce toucher vaginal, l'extrémité du doigt est teintée de rouge. En somme, la récidive a été rapide.

OBS. 2 (MAUCLAIRE). — Mme veuve C..., âgée de 63 ans, entre le 13 octobre 1898, à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. H. Marchand, que nous remplacions. Chez cette malade, il s'agit d'une *forme lente de cancer utérin*. Celui-ci a débuté il y a deux ans par de graves métrorrhagies. Dans l'intervalle de celles-ci, la malade avait eu des pertes blanchâtres très épaisses et presque purulentes. Les douleurs lombaires sont très intenses depuis six mois ; de plus, depuis cette époque, la malade urine très fréquemment. Elle a beaucoup maigri ; son teint est devenu jaunâtre.

Au toucher vaginal, on constate au fond *du vagin une masse bourgeonnante* en chou-fleur assez friable ; le néoplasme se dirige en avant vers la vessie ; les culs-de-sac sont peu indurés. L'utérus est gros, douloureux, encore assez mobile.

Nous nous proposons de faire la ligature des deux artères utérines, à leur origine, par la voie abdominale.

La laparotomie une fois pratiquée, l'ablation de l'utérus par la voie abdominale, suivant le procédé américain, nous paraît possible sans trop de danger pour la malade. L'utérus est gros et friable ; en sectionnant le ligament large gauche, on ouvre de gros ganglions pelviens suppurés ; la vessie est décollée assez facilement de l'utérus. Mais malgré de patientes recherches, on ne trouve pas les artères utérines droite et gauche, et nous pensons qu'elles ont été aplaties par le néoplasme, ce qui explique peut-être l'évolution lente de celui-ci. Enfin la pince introduite dans le cul-de-sac vaginal antérieur entre en plein néoplasme et rend difficile la section du vagin en avant. De plus, le néoplasme est plus mou dans sa portion sus-vaginale que dans sa portion intravaginale. Une fois l'utérus enlevé, on constate que la tumeur se prolonge à la base des ligaments larges. Ces prolongements sont laissés en place, car ils avoisinent les uretères.

La recherche des ganglions pelviens permet de reconnaître qu'ils sont très nombreux et très adhérents non seulement à l'artère iliaque, mais aussi à la veine. L'opération ayant duré déjà une heure, on renonce à les enlever et à lier les artères utérines à leur origine.

Un drainage abdomino-vaginal est pratiqué.

Le lendemain la malade paraît en bon état. Le pouls est cependant à 104 et la température fut de 36°,9, le soir de l'opération ; 36°,4, le 26 au matin ; 37°,1, le soir.

On enlève la mèche vaginale, on fait un lavage par le drain abdomino-vaginal, avec de l'eau bouillie.

Les urines sont normales.

Pendant la nuit suivante surviennent des vomissements et la malade meurt quarante-huit heures après l'opération.

Autopsie. — Les lésions du péritoine sont évidentes. De nombreux ganglions existent au niveau de la bifurcation des artères et des veines iliaques. On en trouve même plusieurs étagés le long de l'aorte abdominale et de la veine cave inférieure. Ils sont tous très adhérents et indurés. Les uretères ne sont pas dilatés ; les bassinets ne sont pas distendus ; les reins sont scléreux à la coupe. Pas de ganglions dans la région sacrée.

Obs. 3 (Mauclaire et Picqué). — Joséphine Ch..., 56 ans, entre le 16 novembre, lit 18, à l'hôpital Dubois.

Antécédents. — Père mort d'un cancer de la langue. Mère morte d'une affection cardiaque ; une sœur a succombé à un cancer utérin.

Antécédents personnels. — Réglée à quinze ans. Époques régulières, peu abondantes. Mariée à seize ans, quatre enfants et une fausse couche.

Nervosisme très marqué. A trente-cinq ans, elle est atteinte d'hyperchlorhydrie et subit un amaigrissement de 40 livres. Depuis quelques années la malade est soumise au régime lacté exclusif.

Il y a quelques mois, pertes de sang continuelles qui n'ont pas disparu. Douleurs rénales marquées. Pas d'amaigrissement, obésité encore très marquée.

État actuel. — L'utérus est peu volumineux. Rien d'appréciable dans les annexes. Le col est normal. Un curettage explorateur amène un tissu qui, à première vue, rappelle le cancer.

Les préparations histologiques sont soumises à l'examen de M. Ménétrier qui ne croit pas devoir se prononcer. M. Dagonet confirme, de son côté, le diagnostic d'épithélioma porté dans le laboratoire de M. Picqué par M. Macé.

L'hystérectomie est, dès lors, pratiquée le 1er décembre par M. Mauclaire, aidé de M. Picqué et des internes du service. L'utérus est très profondément situé et entouré d'adhérences qui sont détachées avec facilité ; il est ramené assez aisément au dehors, mais son tissu est très friable, et il n'est pas possible de le fixer à l'aide d'une pince. Recherche et ligature facile des utérines. L'utérus est enlevé par le procédé américain, mais la portion sus-vaginale du col est très friable et se déchire en partie ; ce n'est qu'avec la plus grande difficulté que l'utérus est enlevé en totalité. Recherches des ganglions ; à droite il n'en existe pas ; à gauche, M. Mauclaire croit trouver un ganglion au niveau de la bifurcation de l'iliaque interne, mais la malade est très grasse et M. Picqué, n'ayant pas la même sensation, conseille de ne pas prolonger l'opération. Drainage vaginal à la gaze ; drainage abdomino-vaginal, avec un tube en caoutchouc. L'opération a duré trois quarts d'heure. Les jours suivants, on constate un peu de sphacèle dans le trajet abdominal et sur la muqueuse vaginale : un écoulement très fétide s'écoule par la vulve. De grands lavages au permanganate sont institués qui semblent tout d'abord donner un bon résultat, mais le sphacèle s'étend et la malade succombe le cinquième jour, après avoir présenté des phénomènes de septicémie.

OBS. 4 (PICQUÉ et MAUCLAIRE) (inédite). — M. E... envoyée par le Dr Kuff, le 2 mars 1899, reçue à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Dr Picqué.

Mariée à 17 ans, 7 enfants. Accouchements longs et laborieux. Surtout le 1er et le 6e. 1 accouchement gémellaire. Déchirure du périnée au 1er accouchement. Le dernier accouchement remonte à trois ans. Une fausse couche en décembre 1895.

Réglée à 14 ans. Rien à signaler jusqu'à il y a trois ans. Depuis cette époque, grande irrégularité dans les règles. Depuis six mois, écoulement presque continuel de sang et de liquide noirâtres.

Pendant les six derniers mois, dans l'intervalle des pertes de sang, leucorrhée abondante, jaunâtre, de mauvais aspect.

État actuel. — Pertes de sang très abondantes. La malade a maigri, bien qu'elle pèse encore 190 livres. Elle est très anémiée.

L'appétit est bon ; constipation ; urines normales.

Examen. — Col très ouvert, occupé par une masse fongueuse de la grosseur d'une noix, très friable, s'écrasant à la moindre pression du doigt. L'utérus est gros et très mobile. Rien dans les annexes. Les ligaments larges, la vessie ne sont pas envahis. Les parois abdominales sont très épaisses et ne permettent pas d'explorer le pelvis. Le diagnostic de cancer du corps est posé et confirmé par l'examen histologique. Opération le 20 mars par M. Picqué, aidé de M. Mauclaire. Ablation classique de l'utérus par la voie abdominale. Exploration des ganglions pelviens après incision du péritoine le long de l'uretère. Celui-ci est écarté en dehors avec le péritoine. A droite, on ne trouve pas de ganglions ; à gauche, ablation d'un ganglion ovalaire assez volumineux.

Suites opératoires régulières ; guérison.

La pièce et l'aquarelle ont été présentées par M. Picqué à la Société de Chirurgie, dans sa séance du 24 mai 1899.

ADDENDUM

Depuis la rédaction de ce travail, nous trouvons les observations suivantes de M. Monprofit, dans la thèse de M. Pasquier, *De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus.* (Thèse Paris, 7 juin 1899.)

Obs. I. — Cancer de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale. Pas de recherche des ganglions. Guérison sans récidive au bout de deux ans.

Obs. II. — Cancer utérin et vaginal. Hystérectomie abdominale totale. Pas de recherche des ganglions. Mort quinze mois après, de récidive.

Obs. III. — Cancer utérin. Hystérectomie abdominale totale. Pas de recherche des ganglions. Mort le jour même.

Obs. IV. — Cancer du col utérin. Hystérectomie abdominale totale, sans recherche des ganglions. Pas de récidive au bout d'un an.

Obs. V. — Cancer du col. Hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire.

Obs. VI. — Cancer de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale simple. Guérison opératoire.

Obs. VII. — Cancer de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale simple. Guérison opératoire.

Obs. VIII. — Cancer de l'utérus. Hystérectomie vagino-abdominale simple. Guérison opératoire.

Obs. IX. — Cancer de l'utérus. Hystérectomie vagino-abdominale. Guérison opératoire.

Obs. X. — Cancer utérin. Hystérectomie abdominale totale simple Guérison opératoire.

Plus deux observations d'hystérectomie vagino-abdominale pour sarcomes. Guérison opératoire.

REVUE CLINIQUE

TÉTANOS D'ORIGINE UTÉRINE

Par le Dr **A. Turenne**,
Professeur suppléant de clinique obstétricale à la Faculté de Montevideo.

Le 9 janvier 1899, Mme X..., élève sage-femme, se présentait chez moi, se plaignant d'une certaine gêne pour ouvrir la bouche, s'accompagnant d'une légère douleur dans l'articulation temporo-maxillaire; elle me dit que pendant les premiers jours du mois, elle avait eu une petite hémorrhagie utérine à la suite d'un léger retard de ses règles, et qu'autrefois elle avait souffert de rhumatisme.

Le phénomène le plus saillant, le trismus, me fit aussitôt penser à la terrible maladie dont il est un des symptômes capitaux : le tétanos, et engagé dans cette voie je tâchai de trouver une porte d'entrée. — Après un examen complet, auquel la malade se prêta de bonne grâce, des muqueuses et de la peau, je ne pus trouver qu'une vésicule d'herpès sur la lèvre supérieure et *datant de la veille*. En dehors de cette lésion, l'intégrité muco-cutanée la plus absolue. Au moment de l'examen il n'y avait ni rigidité de la nuque, ni secousses musculaires, ni contracture faciale ni température fébrile.

Quoique avec bien des réserves, étant donné le trismus et l'apparition très récente de l'herpès labial s'accompagnant d'intégrité de la peau et des muqueuses, je fis le diagnostic d'arthrite temporo-maxillaire probablement d'origine rhumatismale, fondé sur la douleur de l'interligne et les antécédents de la malade; je prescrivis en conséquence le salicylate de soude.

Le 10 au matin, la situation était totalement changée; pendant la nuit le trismus s'était accentué, la rigidité de la nuque était apparue, s'accompagnant de quelques rares secousses douloureuses des muscles de cette région. T. 37°,4

Mes premiers soupçons se réveillèrent et je me convainquis que nous étions malheureusement en présence d'un cas de tétanos ; sans perdre de temps, j'ordonnai le traitement classique : chloral, opium, repos absolu, etc.

La porte d'entrée de l'infection restait toujours énigmatique. Dans la journée, les symptômes s'accentuèrent ; le trismus fut complet, de même que la rigidité de la nuque, les fréquentes convulsions des muscles dorsaux, la dysphagie absolue accompagnant toute tentative de déglutition, de terribles spasmes pharyngiens ; le facies, immobile, caractéristique, l'intelligence parfaitement conservée ; fièvre légère, 37°,6.

Au moment de ma visite, la malade me dit que le 3 janvier, elle s'était prêtée à une tentative d'avortement provoqué, se croyant enceinte d'un mois. Interrogée sur la manière dont avait été pratiquée l'opération, elle me dit qu'on lui avait fait une injection intra-utérine sans aucune précaution antiseptique avec une sonde prise sur une étagère et introduite sans asepsie préalable. Ce fut pour moi un trait de lumière ; le point d'entrée du bacille de Nicolaier était trouvé ; plus loin je discuterai ce point d'étiologie.

Malgré le traitement et dans l'impossibilité de tenter l'injection de sérum antitétanique, ce sérum n'étant pas encore préparé par l'Institut d'Hygiène de Montevideo, les symptômes s'aggravèrent progressivement ; à 11 heures du soir, la température était de 37°,8 ; à 4 heures du matin, la première convulsion généralisée survint, suivie bientôt d'une deuxième.

Je vis la malade avec le Dr Demaria, à 6 heures du matin, et à 6 heures et demie, quelques minutes après une injection de morphine, et, avec toute son intelligence, la malade succombait dans une terrible convulsion, moins de 48 heures après l'apparition du trismus. Temp. 38°,6.

La rareté de cette complication de la période puerpérale est telle que plus d'un traité classique ne fait que la mentionner ; cependant elle a été signalée depuis l'antiquité la plus reculée ; Archigène la décrit déjà comme une des complications possibles de l'avortement et quoique isolées on peut en trouver des observations éparses dans tous les vieux traités d'accouchements.

Aujourd'hui les deux travaux fondamentaux sur cette ques-

tion sont : celui de Simpson publié dans l' « Edinburgh journal for medical science » en février 1854, et celui de Vinay, dans le « Lyon médical » en décembre 1891. Le mémoire de Simpson comprend 28 observations, dont une seule personnelle ; celui de Vinay atteint 106, qui, avec 2 nouvelles ajoutées à sa statistique dans son « Traité des maladies de la grossesse », forment un total de 108 cas, très suffisant pour autoriser une étude complète de cette redoutable complication.

Quelle est la fréquence du tétanos dans la période puerpérale? Il est impossible de fixer des chiffres exacts puisque nous manquons de statistiques intégrales, mais il semble hors de doute que les climats tropicaux et les saisons pluvieuses y prédisposent particulièrement. Du mémoire de Vinay il ressort qu'il est plus fréquent après l'accouchement qu'après l'avortement (61 : 47) et que dans ce cas il est plus fréquent pendant les deux premiers mois de gestation.

Dans tous les auteurs nous voyons citer comme facteur prédisposant, les interventions opératoires, et je veux bien supposer que ce facteur disparaîtra avec les progrès de l'antisepsie ; deux fois seulement on a pu constater la contagion directe d'une malade à une autre (Heinricius, Amon).

Quant à son début après l'avortement voici les chiffres de Vinay : 21 cas pendant la première semaine (12 pour les 7e et 8e jours) et 16 pour la deuxième (7 pour les 9e et 10e jours). — Par conséquent la date d'apparition des symptômes prémonitoires oscille habituellement entre les 7e et 10e jours. La mort qui survient la plupart des fois (88 à 90 p. 100) se produit habituellement du 3e au 5e jour après le début des accidents.

Le cas qui nous occupe est particulièrement intéressant de par son étiologie. La malade, qui se prêta admirablement à l'examen de ses muqueuses et de sa peau, ne présentait d'autres lésions apparentes qu'une vésicule d'herpès labial, trop récente pour pouvoir être incriminée comme porte d'entrée du bacille.

Il est vrai que la malade habitait tout près d'un établissement

où il existe un nombre considérable de chevaux et mulets (écuries du service de la voirie) qui par son voisinage de la côte, constamment fouettée par le vent du large, doit donner naissance à des poussières contenant très probablement le bacille de Nicolaïer, si fréquent dans les poussières des rues et des étables.

Mais la confession de la malade, sur la façon dont on procéda à l'avortement, cette sonde que l'on prend sur une étagère, accessible à la poussière de la rue (la sage-femme avorteuse habite un rez-de-chaussée) et qui est introduite dans l'utérus de la malheureuse, sans asepsie ni des mains, ni du vagin, ni de la sonde elle-même, ne donne-t-elle pas la clé de l'infection?

Si nous comparons les dates, 3 janvier, provocation de l'avortement ; 9 janvier, apparition du trismus, nous voyons que ce délai correspond à la durée habituelle de l'incubation d'une infection très virulente qui explique sa brièveté (6 jours au lieu de 7 à 10) et la rapidité foudroyante (moins de 48 heures) de son évolution.

En ce qui concerne le traitement, les ressources très restreintes que la thérapeutique nous offre dans des cas semblables, furent mises en œuvre; opium, chloral, chloroforme, morphine, à hautes doses, tout fut essayé inutilement sans que l'on pût atténuer une seule des terribles convulsions auxquelles assistait la malade avec une lucidité intellectuelle parfaite.

Le sérum antitétanique n'est pas encore préparé par notre Institut d'Hygiène, mais l'eût-il été, pouvions-nous espérer un résultat plus favorable ? Il est permis tout au moins d'en douter si nous devons faire entrer en ligne de compte les résultats fournis par les cas de tétanos chirurgical traités par la méthode. sérothérapique.

LÉSIONS MORTELLES DU RECTUM ET DU VAGIN

Par **E. Hainworth** (1).

Le 22 juillet, vers 4 heures de l'après-midi, entrait chez une logeuse, en compagnie d'un homme, une malheureuse âgée de 36 ans. La logeuse déclara que le couple avait loué une chambre pour deux heures. Vers 5 heures 30, l'homme sortait précipitamment sans payer, disant qu'il allait revenir dans quelques minutes et que sa compagne désirait rester un certain temps encore. L'homme ne revint pas ; la logeuse, restée tout le temps occupée à des lavages dans la chambre située au-dessous, et bien que les portes des deux chambres fussent ouvertes, prétendit n'avoir rien entendu, ni voix, ni bruit de pas. Vers 5 heures 30 elle monta à l'appartement supérieur et trouva la femme endormie. Elle ne remarqua rien d'insolite et laissa la femme seule. Sur ce point, on note quelques divergences dans les déclarations de la femme. A 7 heures, la logeuse revint à l'étage supérieur, réveilla la femme et vit qu'elle était malade. Elle s'entretint un peu avec elle et, à sa requête, défit son corset. Ce faisant, elle remarqua que les vêtements de dessous étaient imprégnés de sang ; d'autre part, la mauvaise odeur qui se dégageait la fit s'évanouir. A 9 heures 45, la malade était envoyée à la *Royal Infirmary*. La malade partie, la logeuse constata que le lit était rempli de sang ; qu'il y en avait aussi sur le parquet et dans le lavabo et qu'il y avait de l'eau mélangée de sang dans la cuvette. A l'arrivée de la femme à la *Royal Infirmary*, on s'aperçut qu'elle avait subi des lésions très étendues du rectum et du vagin ; elle mourut d'ailleurs la même nuit sans avoir fourni de renseignements.

---

(1). *The Lancet*, mai 1899, p. 1281.

Il semblait nettement ressortir que l'homme et la femme étaient pris de boisson.

Nécropsie le 23 juillet, 12 heures après la mort.

Les seules marques de violence siégeaient autour des organes génitaux, contusion, meurtrissure violente sur une étendue d'environ 2 pouces au niveau de la partie postérieure de la vulve et vers l'anus. L'anus était dilaté et le sphincter déchiré. La muqueuse était lacérée dans toutes les directions. Du côté du vagin, déchirure profonde de la muqueuse à gauche et à droite de la vulve, se prolongeant jusqu'au col. Le vagin n'était pas dilaté, col normal. A l'examen du ventre, on constata que la cavité péritonéale était remplie d'un liquide, trouble, sanguinolent, fétide, résultat évidemment d'un épanchement consécutif à une rupture de l'intestin dont on constata la présence au niveau du rectum. Sur le rectum, on releva une perforation longitudinale, longue de 2 pouces 1/2, déchirée et contuse qui intéressait la paroi antérieure et s'ouvrait dans le Douglas. Son extrémité inférieure siégeait à 4 pouces 1/2 de l'anus. La muqueuse rectale était lacérée sur toute sa circonférence, de l'anus à l'extrémité supérieure de la perforation, soit sur une hauteur de 7 centim. L'épiploon était soudé par une vieille adhérence au cæcum et présentait, au voisinage de l'adhérence, une petite déchirure récente. L'adhérence soulevée, on découvrit entre le côlon et le rein droit (celui-ci était mobile) un morceau de savon très détérioré, long de 3 pouces, sur 2 de large, 3/4 de pouce d'épaisseur. Trompes atteintes de salpingite, utérus de nullipare. Tous les autres organes sains.

Bien que d'après les renseignements fournis, la femme fût complètement ivre, le seul signe de son ébriété, lors de son admission à l'infirmerie, était une légère odeur d'alcool dans sa respiration. A l'examen nécropsique, pas traces d'alcool ni de toute autre drogue dans l'estomac.

L'homme ayant été arrêté, fut condamné comme meurtrier de la femme. La première question qui se posait était celle-ci : La femme avait-elle pu se faire, elle-même, les lésions constatées ? Leur siège, leur étendue et leur gravité militaient contre

cette hypothèse. Il est admissible, assurément, qu'une personne peut, en poussant un instrument et en le tournant dans le rectum, faire une déchirure de cet organe ou que pareille lésion peut se produire si l'on s'asseoit par inavertance sur un objet acéré ainsi que cela a été observé maintes fois; mais ces faits ne sauraient expliquer les lacérations extrêmes, les lésions du vagin, la dilatation de l'anus et la rupture du vagin. Dans le premier cas, on aurait entendu du bruit et des appels à l'aide.

Rien, d'autre part, n'incline à penser à des tentatives d'avortement. En effet, il y avait des lésions aussi bien du rectum que du vagin, et aucune des particularités de l'examen *post mortem* n'éveillait l'idée que la femme avait pu se croire enceinte.

S'est-il agi d'un crime sadique? Mais, contre cette hypothèse il y a l'absence de tout bruit, de tout indice de lutte, d'appels de la victime si l'on avait attenté à sa vie.

Malgré ce qui peut paraître d'incroyable dans ce témoignage de la logeuse qu'elle n'avait rien entendu, étant données les douleurs aiguës que les sévices constatés auraient dû causer même à une personne ivre, comme en somme, elle n'avait aucune raison, si elle avait perçu quelque chose d'anormal, de le nier, on est conduit à admettre que la femme s'était prêtée aux sévices dont elle fut victime.

Évidemment, le morceau de savon n'avait pu produire les lésions observées et il avait dû passer dans la cavité péritonéale une fois la perforation du rectum faite. Il se peut qu'il ait été introduit dans le rectum dans un but immoral et que les déchirures, les lésions constatées furent produites au cours de tentatives violentes, maladroites pour le retirer. Telle est l'explication la plus plausible de ce meurtre. Toutefois, il est impossible de dire, à coup sûr, si les lésions furent faites avec la main ou avec un instrument particulier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance de mai 1899.

M. Lepage. **Des grossesses utérines prises pour des grossesses extra-utérines.** — M. Lepage n'envisage que les grossesses ayant dépassé le terme de cinq mois. Dans ces conditions le médecin peut à tort porter le diagnostic de grossesse ectopique s'il interprète mal : 1° les renseignements fournis par la malade sur les incidents qui sont survenus depuis le début de la grossesse ; 2° certaines particularités constatées à l'aide du toucher et du palper. Parmi les incidents de la grossesse qui peuvent éveiller le soupçon de grossesse extra-utérine M. Lepage signale les hémorrhagies utérines, les symptômes, de menaces d'avortement, les troubles dans les fonctions vésicales et rectales, les douleurs abdomino-pelviennes. Les causes d'erreur provenant de l'examen obstétrical peuvent être fournies par le toucher, le cathétérisme utérin, le palper. Par le toucher dans certains cas chez les multipares en particulier, pour peu que le corps de l'utérus, à parois très minces, soit fortement incliné sur le côté, pour peu que le col doublé par la partie inférieure du segment inférieur semble constituer une sorte de tumeur distincte de la précédente et rappelant la forme d'un utérus, on pourra songer à un kyste fœtal juxtaposé à un utérus hypertrophié. Un cathéter introduit dans l'utérus gravide et arrêté dans sa course par un obstacle pourra donner l'impression qu'il a pénétré dans une cavité utérine grande mais vide. Enfin, la superficialité des parties fœtales chez les grandes multipares à parois abdominales et utérines amincies pourra faire croire que le fœtus n'est séparé de la paroi abdominale que par la mince paroi d'un kyste fœtal.

Avant de rapporter ses observations personnelles M. Lepage rappelle deux observations classiques dans lesquelles on a pris à tort une grossesse utérine pour une grossesse ectopique. La première est celle

qui fut communiquée par Huguier à la Société de chirurgie (28 avril 1852). La cause d'erreur avait été l'existence dans le cul-de-sac utéro-rectal d'une tumeur qui avait été prise pour les membres du fœtus. La deuxième est celle que Pajot a relatée dans ses travaux d'obstétrique et de gynécologie. L'extrême minceur des parois utérines avait fait porter le diagnostic de grossesse abdominale. Ce diagnostic fut infirmé par l'examen de Pajot à 7 mois et par l'accouchement spontané à terme d'un enfant vivant.

La *première observation* de M. Lepage a trait à une femme atteinte de salpingite droite qui, dans les premiers temps de sa grossesse, à la suite d'une chute de bicyclette, présenta des douleurs pelviennes et de légères pertes de sang.

Le médecin qui la soignait pratiqua l'hystérométrie et enfonçant le cathéter jusqu'à 12 cent., en conclut que l'utérus était vide, et porta le diagnostic de grossesse ectopique. M. Lepage, « par la perception du ballottement abdominal dans un organe se contractant », rectifia le diagnostic.

La *deuxième observation* a trait à une femme primipare soi-disant enceinte de 10 mois et ayant eu quelques menaces de début de travail. Son médecin, trompé par la superficialité des parties fœtales d'un fœtus transversalement placé, pensa d'abord à une grossesse ectopique. L'événement prouva qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire utérine.

Dans la *troisième observation* de M. Lepage, un kyste de l'ovaire en voie de développement avait été pris pour l'utérus vide ; la femme étant enceinte de 7 mois.

La *quatrième observation* est celle d'une femme qui, vers le sixième mois de sa grossesse présenta brusquement des phénomènes péritonéaux légers pouvant faire penser à une grossesse ectopique ; la paroi utérine était mince, le corps utérin semblait distinct du col. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours qu'un diagnostic certain put être posé. Il s'agissait d'une crise d'appendicite au cours d'une grossesse utérine. La femme accoucha spontanément et à terme sans incident.

Les conclusions de M. Lepage sont les suivantes : Vu la rareté de la grossesse extra-utérine évoluant après le sixième mois, ce diagnostic ne doit être accepté qu'avec réserve et après un examen minutieux. Il importe d'autant plus de ne pas confondre la grossesse ectopique avec une grossesse utérine que l'intervention est aujourd'hui de règle pour la première : l'erreur de diagnostic entraîne en pareil cas une erreur de thérapeutique qui peut être préjudiciable à la mère et à l'enfant utérin.

MM. PORAK et SCHWARTZ. **A propos de l'appendicite survenant dans le cours de la grossesse.** — *Première observation.* — Secondipare de 24 ans, enceinte d'environ trois mois. Depuis 4 jours elle souffre du ventre, surtout dans la fosse iliaque à droite. Vomissements fréquents jaune verdâtre. Dyspnée, température oscillant entre 38 et 40° pouls petit à 100. Teint coloré, facies non grippé. Empâtement dans la fosse iliaque perceptible par le toucher et se développant sous forme de plastron abdominal. Le diagnostic d'appendicite est posé ; mais en raison de la localisation très nette des phénomènes inflammatoires, de l'absence de toute réaction généralisée du péritoine, du peu d'intensité des phénomènes généraux, il fut décidé de surseoir à l'opération, mais d'opérer à froid pour empêcher la réapparition des crises appendiculaires, réapparition fréquente au cours de la grossesse. Tous les phénomènes s'amendèrent progressivement. Revenue à la santé, la femme refusa toute intervention et quitta la maternité.

Deuxième observation. — Secondipare de 25 ans, enceinte de 7 mois et demi, entrée à la maternité quatre jours après le début des accidents appendiculaires, graves d'emblée. Douleurs abdominales, constipation, vomissements jaunes puis vert foncé, puis porracés ; facies grippé ; température, 38°. Pouls petit 128 ; respiration saccadée, hoquet. Le ventre est ballonné. Défense musculaire et maximum de la douleur dans la fosse iliaque droite. Diagnostic : Péritonite par perforation probablement d'origine appendiculaire. L'examen et le diagnostic sont faits le 21 janvier 1899 à 11 heures. A 1 heure et demie la femme accouche d'un enfant né en état de mort apparente qui succomba quelques heures après ; à 3 heures, elle est opérée. A ce moment le pouls est à 150, la température à 37°.

Laparotomie latérale droite (incision de Max Schüller). Un flot de liquide séro-purulent fétide s'écoule, baignant les anses intestinales grêles recouvertes de fausses membranes. L'appendice rétro-cæcal est sphacélé dans les deux tiers de son étendue et contient un calcul fécal du volume d'une petite noisette. Nettoyage de la cavité après l'ablation de l'appendice à son insertion par le thermocautère. La trompe est rouge, congestionnée.

Lavage à l'eau bouillie, drain et mèche de gaze iodoformée. Deuxième incision à gauche, flot de liquide louche. Drain et mèche de gaze iodoformée. Troisième incision médiane. La malade a survécu sept jours, pendant lesquels elle a reçu 7 litres de sérum artificiel sous la peau, 2 dans les veines et des injections de caféine, d'éther et d'huile cam-

phrée. Ce cas vient à l'appui du principe de l'intervention la plus hâtive possible et montre une fois de plus la gravité spéciale de l'appendicite au cours de la grossesse. C'est dès le début des accidents qu'il aurait fallu opérer.

Troisième observation. — 25 ans, primipare, a souffert depuis quatre ans de coliques revenant par crises qu'on aurait dénommées coliques néphrétiques. Enceinte de quatre mois, elle est prise brusquement de douleurs abdominales avec frisson, céphalalgie, vomissements et constipation opiniâtre. Le maximum de la douleur siège à droite dans la fosse iliaque et dans la région lombaire au-dessus de la crête iliaque. La fosse iliaque est mate. Il y a à ce niveau de l'hyperesthésie et de la défense musculaire. Il y a de la fièvre, T. 38°, pouls 105. Les urines sont normales. Le diagnostic reste hésitant entre une lithiase rénale et une appendicite. L'intensité des douleurs qui, depuis dix-huit jours, va croissant, l'inefficacité de l'opium et de la belladone à les calmer, l'insistance de la malade qui réclame une intervention d'une part, la nécessité de poser un diagnostic ferme et la probabilité d'une appendicite d'autre part, font que M. Schwartz se décide à intervenir de suite.

Incision parallèle à l'arcade crurale droite. L'utérus, versé dans la fosse iliaque, est récliné. L'appendice est découvert, sans aucun signe d'inflammation, long, relié au cæcum par un long pédicule grêle. Il est réséqué. L'uretère est exploré on ne sent nulle part de calculs. L'appendice était oblitéré dans toute son étendue. Suites opératoires simples ; mais les douleurs persistent et 3 jours après l'intervention se produit une hématurie franchement rénale ; puis tout rentre dans l'ordre, les douleurs disparaissent au bout de dix-neuf jours, la malade quitte l'hôpital Cochin.

M. Schwartz ajoute quelques mots à l'observation de la femme dont il a parlé dans la séance de mars 1899. Cette femme a un pouls rapide permanent, 104-112, fait qui a son importance au point de vue des causes d'erreurs dans le pronostic. L'appendice que lui a enlevé M. Schwartz, macroscopiquement peu altéré, a été examiné par René-Marie ; il s'agissait d'une appendicite folliculaire très intense avec destruction déjà de la couche musculaire sous-folliculaire.

M. Bouilly rapporte un **nouveau cas d'appendicite pendant la grossesse**. Il s'agit d'une femme de 28 ans, enceinte de six mois et demi à sept mois, souffrant du ventre déjà depuis une quinzaine de jours ; la situation s'est aggravée deux jours avant son entrée à l'hô-

pital Cochin, le 6 mars 1899. Ce jour-là, l'état général est très mauvais, facies grippé, pouls à 140, filant et mal frappé, ventre douloureux dans son ensemble avec maximum dans la fosse iliaque droite sans qu'il y ait de point de Mac Burney net. Vomissements noirâtres. Constipation absolue.

Le 8 mars. Laparotomie. Aucune trace de péritonite péri-appendiculaire, appendice très allongé, légèrement tuméfié. Au moment de sa section il s'écoule de sa cavité une certaine quantité de liquide grisâtre muco-purulent. Pas de trace d'érosion, ni d'ulcérations.

L'examen microscopique fait par M. Gombault n'a d'ailleurs révélé que des lésions minimes (agrandissement de la cavité des glandes sans modifications de l'épithélium de revêtement, infiltration cellulaire des espaces lymphatiques de la couche sous-muqueuse) En somme, le fait remarquable est la discordance entre le grand fracas des symptômes abdominaux et généraux et la lésion appendiculaire de minime apparence. On ne peut trouver d'explication de cette contradiction apparente que dans l'extrême virulence du liquide contenu dans l'appendice et il faut de toute nécessité admettre que la grossesse semble exalter cette virulence dans de singulières proportions. Les suites opératoires furent les suivantes : Chute de la température à 37° le matin du 10 mars. Anurie complète les 8 et 9 mars ; accouchement prématuré d'un enfant vivant qui meurt rapidement le 10 mars. Enfin, agitation extrême, véritable délire septique, qui d'ailleurs s'amenda rapidement, et la malade quitta l'hôpital le 6 avril en parfait état local et psychique.

C. Fieux. **Accidents appendiculaires survenus vingt-sept jours après l'accouchement et guéris par la résection de l'appendice.** — Une femme de 19 ans, primipare, accouche spontanément à 8 mois, d'un enfant vivant. Sa grossesse a évolué sans autres incidents que de longues périodes de constipation et une attaque brusque d'hémiparésie gauche, apparue vers le troisième mois et disparue au bout de six jours. Les suites de couches furent absolument physiologiques. Pendant les quatorze jours de son séjour à la Clinique d'accouchements, la temp. n'a pas dépassée 37,°1. Elle reprend son travail, n'ayant d'autre ennui que celui de lutter à coups de lavements contre une constipation opiniâtre. Vingt-sept jours après l'accouchement, elle est prise brusquement d'une douleur aiguë dans le côté droit du bas-ventre (10 mars). Ces douleurs vont s'exaspérant, accompagnées de quelques nausées. Le 17 mars, la malade entre à la maternité ; traits tirés, temp.

37°,4, pouls 88. Défense musculaire à droite. Douleurs localisées au point de Mac Burney, léger météorisme. Rien de particulier au toucher. Les culs-de-sac sont libres. Utérus un peu gros, mais mobile et non douloureux. Le 18 au soir, temp. 38°,4, pouls 110. Les douleurs sont toujours très vives. Le 19, laparotomie latérale; l'appendice, long de 7 centim., portait une bride se dirigeant vers le petit bassin, bride peu résistante qui cède pendant l'exploration. L'appendice ne présente par d'autres altérations macroscopiques qu'un petit anneau pâle situé à un centim. de son extrémité libre et correspondant à un amincissement de la paroi. Résection de l'appendice. Les annexes sont absolument saines.

Les suites opératoires furent simples. La chute de température immédiate et définitive. Les phénomènes douloureux cessent complètement.

L'appendice a été incisé dans toute sa longueur, on y trouve quatre petits amas de matière fécale, gros chacun comme des grains de millet.

M. Fieux, à propos de cette observation, fait remarquer la rareté relative du début de l'appendicite pendant les suites de couches.

Il rappelle deux observations de Vinay, une de Mundé, une de Crutcher une de Lepage, et discute à ce propos l'hypothèse d'une propagation de l'infection génitale à l'appendice par l'intermédiaire des anastomoses lymphatiques du ligament appendiculo-ovarien de Clado. Cette hypothèse n'est certainement pas applicable à la majorité des cas. En effet, d'une part le ligament appendiculo-ovarien n'existe que dans 20 p. 100 des cas (Laffargue); d'autre part dans les observations cliniques l'infection génitale préalable est soit très douteuse, soit absente. Dans la première observation de Vinay (*Lyon médical*, 1898) il s'agit d'une femme ayant un passé appendiculaire, accouchée au forceps et qui présenta, après 4 jours de post partum apyrétiques, un frisson avec élévation de la température et des phénomènes douloureux du côté droit du ventre, au voisinage immédiat de la corne utérine; on ne peut dire s'il s'agissait à ce moment d'une infection utérine et tout porte à penser que c'était déjà et primitivement l'appendice qui était en cause. La deuxième observation de Vinay a trait à une primipare atteinte depuis longtemps de colite muco-membraneuse dont les suites de couches furent apyrétiques, mais la rétention d'un cotylédon placentaire détermina l'apparition de pertes sanguines persistantes. La femme fut curettée 34 jours après l'accouchement. Les suites du curettage furent apyrétiques; 15 jours après le curettage elle fut prise d'appendicite. L'observation de Mundé Abra-

ham (*American Journal of Obstetrics*, fév. 1898) est celle d'une multipare qui, deux jours après l'accouchement d'un fœtus anencéphale, commença à souffrir dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic d'appendicite s'affirma les jours suivants. Opérée le huitième jour, elle meurt. L'appendice était perforé. L'observation de Crutcher (*ibidem*) est celle d'une jeune femme constipée qui, deux jours après un avortement de 2 mois, est prise brusquement de douleurs abdominales. Curettage utérin. Persistance des accidents. Laparotomie. La zone génitale est absolument saine. Appendicite. Mort. Enfin Lepage a vu débuter brusquement les accidents appendiculaires vingt-huit jours après un accouchement à terme dont les suites de couches avaient été apyrétiques.

Ces observations tendent donc à prouver que l'infection génitale préalable n'est pas toujours à incriminer. Peut-être faut-il chercher avec Abrahams du côté de la constipation opiniâtre des femmes enceintes. Et cependant M. Pinard a constaté la survenue d'appendicite chez des femmes enceintes dont toutes les fonctions digestives étaient régulières. Quoi qu'il en soit, l'important est de faire le diagnostic et d'opérer les appendicites pendant la puerpéralité.

M. Doléris (**Suite de la discussion sur les suites des opérations pratiquées sur le col**) (1) s'appuie sur 78 observations personnelles qui ont déjà été publiées dans les thèses de Ducasse (1889), d'Isaac (1895), et de Lefèvre (1898) et dans un mémoire publié par lui l'an dernier dans la *Gynécologie* sur le traitement de la rétrodéviation utérine.

Au point de vue technique, M. Doléris insiste sur la nécessité de faire précéder l'abrasion plastique de la muqueuse cervicale de la dilatation lente qui permettra de juger de visu et de tactu de l'étendue et de la profondeur des lésions, de procéder à un curettage minutieux du corps de l'utérus et de la portion du col qui ne sera pas intéressée par l'abrasion au bistouri. L'abrasion au bistouri doit atteindre en hauteur et en épaisseur toute l'étendue des tissus malades. C'est pourquoi M. Doléris a renoncé à la trachélorraphie classique qui ne supprime pas complètement l'endocervicite et crée un col scléreux, long, conique, de primipare âgée. L'opération de Schrœder reste l'opération de choix avec sutures au catgut, faites avec soin. En même temps il faut soigner et guérir les lésions concomitantes de l'appareil génital (déviations, déformations, annexite). Les opérations plastiques prati-

(1) V. *Annales de Gynécologie*, t. LI, p. 233 et 311.

quées sur le col dans ces conditions facilitent la conception et ne déterminent par elles-mêmes aucun accident pendant le travail. L'irrégularité des contractions, la douleur excessive, les spasmes utérins. l'atonie, l'hypertrophie et la sclérose du moignon cervical, peuvent relever, en effet, de l'état général des malades opérées (arthritisme, névropathie). M. Doléris n'a d'ailleurs jamais observé ces accidents ; quant à la marche de la grossesse, les incidents observés dans quelques cas par M. Doléris ne furent pas causés par l'opération pratiquée sur le col ; il y eut, 1 fois, accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort (syphilis des deux procréateurs) ; 2 fois, avortement de 3 à 4 mois (hystérie, vomissements incoercibles) ; 1 fois, avortement à 2 mois (annexite droite persistante).

M. Pozzi. — Dans les opérations pratiquées sur le col, il faut distinguer : 1° l'amputation du col, que l'on fait en général biconique ; 2° l'opération de Schrœder, dont la caractéristique est d'être une amputation à un seul lambeau ; 3° la trachélorraphie d'Emmet ; 4° enfin, l'évidement commissural du col, dont M. Pozzi a ailleurs donné la technique.

Avant de signaler les inconvénients pour l'aveuir des malades, résultant de ces opérations, il faut établir ce qui a trait à la lésion antérieure. Les cols dans lesquels on est appelé à intervenir sont malades, sclérosés, et ces lésions sont pour quelque chose dans la pathogénie des accidents obstétricaux observés plus tard.

Il est incontestable, toutefois, qu'un certain nombre de ces accidents sont imputables à une opération mal faite. Il est donc naturel de préciser les conditions d'une bonne opération.

Il faut, avant tout, une bonne technique ; ainsi l'affrontement doit être très exact, mais il ne faut pas une réunion trop complète qui donnerait un orifice trop étroit.

Pour que l'affrontement soit exact, il faut avoir soin que les fils comprennent toute la surface cruentée.

Enfin, une condition indispensable au succès de ces opérations, est une bonne asepsie. Sans cela, l'infection ultérieure est à craindre, et il en résulte pour plus tard une sclérose des tissus, qui laissera une rigidité persistante.

L'opération de Schrœder, lorsqu'elle est bien exécutée, est l'opération en quelque sorte idéale ; mais elle est difficile, et pour son exécution, elle suppose une telle habileté qu'il vaut mieux ne pas la faire. L'amputation du col à deux lambeaux, dite biconique, est beaucoup plus simple et plus facile.

Chacune de ces opérations, d'ailleurs, a ses indications. L'amputation biconique convient surtout aux cas dans lesquels il y a une dégénérescence fibro-kystique du col, dans la métrite chronique alors que le col est gros ; elle donne alors une involution artificielle qui favorise la guérison.

La stomatoplastie, par évidement commissural, convient dans les rétrécissements congénitaux de l'orifice externe. Le col est conique, l'orifice étroit ; l'opération assure une large perméabilité. Sur une des malades de M. Pozzi à laquelle M. Pinard a fait allusion, il y eut cependant quelques accidents obstétricaux, mais cette femme avait une rigidité antérieure du col que l'opération ne parvint pas à modifier ; les accidents qu'elle eut tenaient plutôt à ce qu'elle était une tardipare. Cependant, M. Pozzi reconnaît volontiers qu'il avait laissé chez cette malade un orifice cervical insuffisant.

En somme, M. Pozzi conclut que toutes ces opérations sont bonnes en elles-mêmes ; beaucoup de ses malades ont accouché, et dans de bonnes conditions. Les inconvénients signalés résultent d'une technique défectueuse.

M. Varnier présente une observation et une pièce qui viennent à l'appui des remarques de M. Bouilly, sur l'importance qu'il faut attribuer aux lésions utérines que l'intervention chirurgicale limitée au col n'a pu atteindre, dans la pathogénie des accidents obstétricaux consécutifs à ces interventions.

En 1891, à la clinique Baudelocque, une Vpare à bassin grand, qui avait toujours accouché d'enfants se présentant longitudinalement, était en travail avancé, poche des eaux intacte avec un fœtus volumineux en présentation transversale, dos en avant, tête dans la fosse iliaque gauche. La présence du cordon, d'un membre thoracique, du membre inférieur droit dans la poche des eaux énorme, mit obstacle à la version par manœuvres externes tentée la première.

La version par manœuvres internes pratiquée avec le pied droit qui procidait dans la poche, fut faite avec la plus grande facilité, et se termina par l'extraction d'une fille vivante de 4,700 gr. Le placenta, apparu spontanément à la vulve, fut extrait avec les membranes entières. Une injection intra-utérine chaude fut faite. L'eau revenait toujours colorée. La persistance de l'hémorrhagie devenait inquiétante. Le corps utérin était dur et rétracté. La vulve, le vagin étaient indemnes ; l'hémorrhagie venait donc de la région cervicale.

Un tamponnement serré à la gaze iodoformée est immédiatement

pratiqué. L'hémorrhagie semble arrêtée. L'état général de la femme n'est pas mauvais. Deux heures après, cette femme était morte avec des symptômes d'anémie aiguë sans que le tampon ait été traversé, sans que l'utérus ait cessé d'être bas et contracté. Le tampon vaginal était imbibé de 500 gr. de sang, il n'avait qu'en apparence endigué l'hémorrhagie.

A l'autopsie, la cavité péritonéale fut trouvée sans une goutte de sang; les culs-de-sac péri-utérins indemnes de toute lésion Le ligament large gauche est le siège d'une légère ecchymose.

L'utérus médian, sans torsion, a son fond à 14 centim. au-dessus de la symphyse. Après incision longitudinale médiane de l'utérus, on constate une déchirure en forme de croissant allongé, un peu oblique en bas et en dehors, correspondant à l'ecchymose du ligament large; elle mesure 6 centim.. de long sur ,7 millim. de largeur maxima; son angle inférieur est à 60 millim. de l'orifice externe du col, il correspond à l'angle supérieur pointu et froncé d'une ancienne déchirure du col produite au cours d'un accouchement antérieur, ayant dépassé l'orifice interne et intéressé la région voisine du segment inférieur. La cicatrice fibreuse qui a succédé à cette ancienne déchirure a la forme d'un triangle dont la base (45 millim.) inférieure répond à la région du cul-de-sac vaginal postéro-latéral gauche. Les côtés, formés par les bords cicatrisés à distance et convergents vers le haut de l'ancienne déchirure cervicale, mesurent environ 5 centim. La région sous-jacente de la paroi vaginale jusqu'à 3 centim. au-dessous de la ligne des culs-de-sac est déplissée et semble avoir participé à la déchirure ancienne et à la transformation fibreuse.

La paroi utérine a une épaisseur décroissante, 35 millim. au corps, 25 millim. à la limite du corps et du segment inférieur, 14 millim. sur le segment inférieur.

C'est sans doute le froncement de l'orifice interne et de la zone prochaine du segment inférieur par cette cheville fibreuse cicatricielle qui, en opposant une résistance à leur expansion complète, d'autant plus nécessaire ici qu'il s'agissait d'une grosse tête, a été le point de départ de la rupture du segment inférieur.

Si l'on suppose qu'avant cette dernière grossesse un chirurgien ait cru devoir remédier à cette grosse lésion cervicale, il est probable qu'il n'aurait pas aisément atteint la limite supérieure de la cheville fibreuse ; et ultérieurement, devant la catastrophe obstétricale, l'accoucheur aurait été tout naturellement amené à incriminer la restaura-

tion plastique alors qu'en réalité celle-ci n'avait péché que par insuffisance.

C'est donc aux chirurgiens à préciser dans quelle condition et par quels procédés de telles lésions doivent être réparées pour ne pas laisser subsister et pour ne pas créer de tissu dystocique.

M. Varnier, en terminant, demande à M. Lepage quelques explications sur les conclusions de sa communication à la précédente séance. M. Varnier comprend bien qu'une opération plastique limitée au col puisse avoir pour conséquence une dilatation lente et incomplète, une rupture précoce des membranes, mais il comprend mal le mécanisme de la rupture prématurée des membranes avant tout début de travail, avant tout effacement du col.

M. Doléris. — Par une opération soignée précédée d'un toucher digital intra-cervical après dilatation, on peut arriver à enlever sur un col tout ce qui est cicatriciel.

A. Martin (Rouen). **Bassin scolio-rachitique. Opération césarienne.** — Il s'agit d'une femme de 25 ans, primipare, qui n'a marché qu'à l'âge de 8 ans. Elle est toute petite, $1^{m},27$, et présente tous les stigmates extérieurs du rachitisme : saillie des bosses frontales, incurvation des membres, scoliose dorsale droite et courbure de compensation lombo-sacrée, chapelet costal, bassin antéversé.

Elle est enceinte de huit mois et demi ; depuis le septième mois, elle souffre d'une oppression intense et de phénomènes congestifs du côté de ses poumons.

La tête n'est pas engagée, le dos est à gauche, l'enfant vivant.

Pour faire cet examen, il faut relever le ventre qui retombe en besace au-devant du pubis.

Le bassin est petit, le diamètre promonto-pubien minimum, atteint à peine 7 centim. ; la moitié gauche du bassin est aplatie. Ces détail ont été contrôlés par l'examen radiographique. Sur le cliché on constate la forme oblique ovalaire du détroit supérieur.

Devant un rétrécissement pelvien aussi marqué, A. Martin décida de pratiquer l'opération césarienne, ce qu'il fit huit jours avant le terme et sans qu'il y ait début de travail. L'intervention fut simple. La compression du segment inférieur de l'utérus fut faite au moyen de la main d'un assistant, la suture utérine par 8 points profonds à la soie et un surjet superficiel. La paroi abdominale fermée par deux plans, l'un péritonéal (catgut), l'autre musculo-cutané (crins).

Le fœtus extrait pesait 2,820 gr.; il est rapidement ranimé.

Les suites opératoires furent, au point de vue local, très simples ; mais la femme présenta pendant les huit premiers jours les signes d'une congestion pulmonaire.

Au seizième jour, elle se lève et quitte l'hôpital en parfait état, ainsi que son enfant.

A. Martin insiste sur quelques détails de technique, la substitution de la main au lien élastique pour comprimer le segment inférieur, l'avantage qu'il y a à ne pas ouvrir d'emblée les membranes, à faire une incision utérine courte et élevée, à employer la soie au lieu du catgut, trop rapidement résorbable, pour la suture utérine.

GUILLEMET (de Nantes). **Dystocie par malformation congénitale du vagin.** — Il s'agit d'une femme de 26 ans, primipare, de très bonne santé habituelle. Les règles sont très irrégulières, irrégularités dans l'abondance de l'écoulement et surtout dans sa périodicité. M. Guillemet l'examine pour la première fois au terme de 7 mois et demi.

Par le palper il trouve un utérus bilobé, un fœtus vivant dont le siège est dans la fosse iliaque gauche ; aucune partie fœtale n'est engagée. Le bassin est bien conformé, la vulve et les parties génitales externes ont leur aspect normal, mais le doigt introduit dans le vagin arrive au fond d'un cul-de-sac dans lequel il est impossible de reconnaître quoi que ce soit qui ressemble à un col utérin. En l'absence d'un diagnostic précis, M. Guillemet décida d'attendre le travail, espérant toujours voir apparaître le col.

Il n'en fut rien. Sous l'influence des contractions utérines la paroi antérieure gauche du vagin bomba et vint faire saillie hors de la vulve ; au droit de cette tumeur le doigt s'insinuait dans le canal vaginal aplati. Aucun orifice n'apparaissait, les douleurs expulsives devenaient de plus en plus intenses. Il fallait intervenir. Une incision longitudinale de 12 centim. fut pratiquée sur toute la hauteur de la tumeur, entre le vestibule et la fourchette, sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. Par cette incision s'écoula d'abord 950 gr. de gelée sanguine chocolat, derrière laquelle le siège s'engagea. Par l'incision agrandie la hanche antérieure du fœtus fut abaissée et un enfant de 2,000 gr. mort-né fut extrait. Délivrance normale.

Les examens pratiqués pendant les suites de couches permirent de se rendre compte des détails de l'anomalie cause de dystocie. A la vulve fait suite directement un vagin à parois latérales droite et gau-

che au lieu d'antérieure et de postérieure comme normalement ; le vagin se termine par un cul-de-sac fermé. Juxtaposé à ce premier vagin et à sa gauche, il en existe un second clos par en bas dont on ne retrouve pas l'orifice de communication avec le premier; c'est dans ce vagin que s'ouvrait le col utérin et que s'accumulait le sang des règles. C'est sur le septum intervaginal qu'a porté l'incision au moment de l'accouchement. Cet orifice d'incision a persisté depuis l'accouchement, probablement dilaté par le coït. Il y a donc lieu de penser qu'il se laissera dilater, lors du prochain accouchement (la femme est actuellement enceinte de 4 mois).

Quant à l'utérus, il est, pense M. Guillemet, malformé sans que pour cela il y ait à proprement parler utérus double.

M. Gaulard (de Lille). **Bassin à forme double oblique ovalaire. Symphyséotomie malgré la mort de l'enfant.** — M. Gaulard présente une observation personnelle qu'il rapproche d'une observation de M. Maygrier et de deux observations de Fournier ayant trait à une nouvelle forme de bassin rachitique « rétréci dans le sens transversal, comme le bassin désigné sous le nom de double oblique ovalaire ou de Robert, mais avec cette différence qu'il n'y a pas de soudure des articulations sacro-iliaques et d'atrophie des parties latérales du sacrum ».

Il s'agissait, dans le cas de M. Gaulard, d'une femme de petite taille qui avait un bec-de-lièvre compliqué divisant complètement la voûte palatine.

Elle était en travail depuis plusieurs jours.

Le promontoire était fortement abaissé et facilement accessible ; 7 centimètres seulement le séparaient du bord inférieur de la symphyse pubienne.

De chaque côté, la ligne innominée était redressée, se dirigeant presque en droite ligne d'arrière en avant.

Le détroit supérieur était considérablement rétréci dans le sens transverse.

Quant à la région pubienne, sa disposition était exactement celle de l'observation de M. Maygrier. Sur le détroit supérieur reposait la tête fœtale couverte d'une énorme bosse séro-sanguine allongée d'avant en arrière. La dilatation était aussi complète qu'elle peut l'être dans des cas de ce genre, et la poche des eaux n'existait plus depuis plusieurs jours. L'auscultatation ne faisait percevoir, en aucun point, de battements cardiaques fœtaux, l'enfant était manifestement mort.

Le mode d'intervention choisi fut la basiotripsie.

La perforation du crâne et l'évacuation de la pulpe cérébrale ne présentèrent aucune difficulté. L'application de la première branche du basiotribe fut déjà laborieuse, et celle de la seconde absolument impossible.

Devant cette impossibilité deux partis s'offraient : la césarienne et la symphyséotomie. M. Gaulard s'inspira des principes de M. Pinard qui, l'enfant étant mort et toute opération de réduction étant impossible, préfère à la césarienne conservatrice la symphyséotomie ou le Porro.

Il fit une symphyséotomie. L'intervention fut très simple. Une application de forceps termina l'accouchement.

Séance du 2 juin 1898.

Au nom de la Commission spéciale nommée dans la séance du 5 mars dernier, MM. Pinard, Porak, Richelot, Guinon, M. le Président propose à la Société de constituer la section des associés étrangers. D'après l'art. 4 des statuts, le nombre des associés étrangers est fixé à vingt. Ils sont choisis parmi les accoucheurs, les gynécologues et les pædiatres célèbres par leurs travaux, leur pratique et leurs écrits.

La liste dressée par la Commission comprend 8 associés pour l'obstétrique, 7 pour la gynécologie, 5 pour la pædiatrie. La proposition et la liste de la Commission sont adoptées à l'unanimité.

Par acclamations sont nommés membres associés étrangers.

Section d'Obstétrique.

M. Charles James Cullingworth (de Londres).
M. Barton Cooke Hirst (de Philadelphie).
M. A. Makeier (de Moscou).
M. O. Morisani (de Naples).
M. P. Muller (de Berne).
M. R. Olshausen (de Berlin).
M. Fr. Schauta (de Vienne).
M. A. R. Simpson (d'Édimbourg).

Section de Gynécologie.

M. Georges Granville Bantock (de Londres).
M. R. Chrobak (de Vienne).
M. Howard A. Kelly (de Baltimore).
M. Aug. Martin (de Greifswald).

M. E. Porro (de Milan).
M. C. Roux (de Lausanne).
M. W. Sneguireff (de Moscou).

Section de pædiatrie.

M. A. Baginsky (de Berlin).
M. A. Epstein (de Prague).
M. Will Macewen (de Glasgow).
M. A. Jacobi (de New-York).
M. Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg).

M. Paquy. **Tératome développé dans l'épiploon gastro-hépatique d'un fœtus du sexe féminin de 8 mois environ** (1).

M. Varnier. **A propos d'un bassin dit « à forme double oblique ovalaire ».** — Comme complément à l'observation clinique présentée par M. Gaulard dans la séance précédente, M. Varnier présente quelques réflexions documentées sur le bassin qui a servi d'étalon à M. Gaulard, à savoir le bassin de la femme L ..., à laquelle M. Maygrier a fait une opération césarienne (*Soc. obstétricale de France*, 11 avril 1896). Il s'agissait, d'après M. Maygrier, d'un bassin à forme double oblique ovalaire mais sans soudure des articulations sacro-iliaques ni atrophie des parties latérales du sacrum. Le rétrécissement du bassin, considérable dans le sens transversal, était tellement prononcé qu'on ne pouvait songer à la possibilité de la sortie d'un enfant par les voies naturelles.

Or cette femme, enceinte pour la deuxième fois, s'est présentée à la clinique Baudelocque au terme de huit mois (mars 1898).

A cette époque, M. Pinard constata : 1° que le promontoire était accessible à 11 centimètres du sous-pubis ; 2° que les ailerons sacrés n'étaient point absents ; 3° que le bassin, tout en ayant dans le sens transversal des dimensions moindres qu'à l'ordinaire, n'offrait pas cependant un rétrécissement justiciable de l'opération césarienne à l'exclusion de telle autre intervention par les voies naturelles.

La symphyséotomie lui parut à ce premier examen possible avec un bon résultat. Il fut convenu que la femme L... entrerait dans le service.

L... ne suivit pas ce conseil et ne reparut à la clinique que le 30 mai à quatre heures du soir, en travail, avec une dilatation de 5 francs.

L'utérus a son fond à 33 centimètres au-dessus de la symphyse. Le

(1) Le travail de M. Paquy et le rapport de M. Porak sur ce travail seront analysés en détail ultérieurement.

fœtus, vivant, se présente par l'extrémité céphalique, non engagée ; dos à droite.

Au toucher, la poche des eaux est intacte sans procidence et la tête semble fixée. L'orifice, très souple, dilaté comme cinq francs, est dilatable comme une paume de main. Les contractions sont subintrantes. A 6 heures 3/4, rupture spontanée des membranes. Le liquide amniotique est noirâtre, mais les bruits du cœur restent bons.

A 7 heures, la femme commence à pousser, mais la tête ne progressant pas, on prévient M. Varnier qui, sous chloroforme, pratique l'exploration du bassin qu'il trouve, comme l'avait pensé M. Pinard, justiciable sans hésitation de la symphyséotomie. Celle-ci est pratiquée sans désemparer car le fœtus souffre. Un écartement de cinq centimètres suffit à faire descendre la tête à fond, en transversale droite. Extraction à l'aide du forceps d'un enfant de 3,710 grammes (Bipariétal 101) qu'il faut ranimer, mais qui crie au bout de trois minutes. Délivrance artificielle, suture aux fils d'argent avec drainage. Suites simples. Levée le vingtième jour, elle quitte la clinique le trente-troisième jour avec un enfant de 4,480 grammes. Elle est actuellement en excellent état et vient de se marier.

M. Varnier présente des clichés radiographiques de son bassin et de son thorax. Elle présente en effet, et M. Maygrier l'avait noté dans son observation, une solution de continuité claviculaire bilatérale congénitale et héréditaire.

Il s'agit là d'une dysostose cléido-crânienne héréditaire de P. Marie.

L'examen du cliché radiographique du bassin et l'observation permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Le bassin de la femme L... n'a aucune analogie avec le bassin de Robert et par suite aucun titre à la dénomination, d'ailleurs critiquable même pour ce dernier, de double oblique ovalaire ;

2° Il est parfaitement symétrique ;

3° Il appartient à une espèce connue et classée depuis Michaelis et Litzmann sous le titre de bassin aplati généralement rétréci ;

4° Il est parfaitement capable de permettre la sortie d'un enfant vivant par les voies naturelles.

Ainsi se trouve démontrée une fois de plus la supériorité de la pelvigraphie et de la pelvimétrie, par les rayons X, au point de vue du diagnostic et des indications opératoires dans les viciations du bassin.

A. Couvelaire,
interne des hôpitaux.

(*A suivre.*)

REVUE ANALYTIQUE

OPÉRATION CÉSARIENNE

(Une modification dans la technique opératoire.)

(Suite) (1).

Une opération césarienne d'après le procédé de Fritsch dans un cas d'utérus myomateux (Ein Fall von Kaiserschnitt nach Fritsch bei Uterusmyom). STEINTHAL. *Centr. f. Gyn.*, 1898, n° 14, p. 345.

OBS. — X..., 34 ans, primipare, en travail depuis plusieurs jours. Impossibilité à l'engagement de la partie fœtale par suite de la présence d'une tumeur régulière, dure qui obstruait complètement l'excavation.

Opération césarienne.— Incision du ventre, longue de 25 centim. sur la ligne médiane, l'ombilic correspondant au milieu environ de l'incision. Attraction de l'utérus en avant de la paroi abdominale. L'utérus était fortement pressé par ses ligaments latéraux contre la tumeur pelvienne, en sorte qu'une nouvelle inspection de celle-ci et surtout une tentative pour la dégager étaient impossibles. Cela reconnu, incision transversale sur le fond de l'utérus. La compression digitale des ligaments latéraux de l'utérus étant faite, cette incision se fait presque sans perte de sang. On réussit ensuite à dégager rapidement les jambes de l'enfant, *mais la tête ne suit pas le tronc*; toutes les tentatives d'extraction restent inutiles, elle est comme encastrée dans une loge de la paroi antérieure circonscrite par un anneau de contraction. Aussi, fait-on partir immédiatement de l'incision fondale et transversale une nouvelle incision sagittale qui permet de dégager vivement un enfant, légèrement asphyxié.

Le placenta extrait, on s'occupe de la tumeur qu'on reconnaît être un myôme sous-séreux, largement pédiculé, ayant son origine à la hauteur de l'orifice utérin et s'étant ensuite développé vers le bassin.

Ablation simultanée de l'utérus et de la tumeur. Suites opératoires heureuses. Mère et enfant sauvés.

RÉFLEXIONS. — 1) Le fait précédent prouve une fois de plus que l'incision transversale (à la Fritsch) est facile, d'une exécution rapide, et qu'elle s'accompagne d'une perte de sang minime.

(1) Voir n° de mars, p. 249.

2) Mais il est indispensable, avant de faire cette incision transversale, de s'assurer qu'elle permettra de bien extraire le fœtus; car, dans l'éventualité contraire, on serait conduit à faire sur le même utérus l'incision transversale et sagittale, circonstance qui amènerait un retard fâcheux dans l'acte opératoire et qui pourrait nécessiter la substitution à la césarienne conservatrice de l'opération de Porro.

3) Certes, il serait plus chirurgical de faire, au lieu du Porro, l'extirpation abdominale totale. J'ai regretté, moi-même, ultérieurement de ne l'avoir pas pratiquée. Mais la césarienne est une opération à la portée, le cas échéant, d'un opérateur peu exercé, et comme l'opération de Porro est plus aisée que l'extirpation abdominale totale, elle se place à bon droit à côté de la césarienne conservatrice. R. L.

Deux cas d'opération césarienne avec incision fondale transversale à la Fritsch (Zwei Falle von Sectio cæsarea, ausgefuhrt mit querem Fundalschnitt nach Fritsch). A. Cryzewick. *Cent. f. Gyn.*, 1899, nº 12, p. 313.

L'auteur a eu, en un mois, l'occasion de pratiquer 2 fois ce procédé opératoire. L'une des femmes était primipare, l'autre secondipare, et chez celle-ci, il avait, quatre années auparavant, fait la césarienne classique (enfant vivant et qui continue de bien se développer). Dans les 2 cas, la ligne d'incision parut très commode, l'extraction de l'enfant remarquablement facile (dans 1 cas, on saisit la tête fœtale, dans l'autre, les pieds). Les 2 fois, atonie utérine dont on eut facilement raison. Dans les 2 cas aussi, l'arrière-faix s'insérait de telle sorte sur la paroi antérieure que son bord coïncidait avec la ligne de l'incision. Les membranes furent, durant l'extraction de l'enfant, déchirées près du bord placentaire. Une fois même, une portion des membranes resta *in utero*. Pour cette raison, une bande de gaze iodoformée fut introduite à travers le col dans l'utérus comme drain et laissée 24 heures en place Dans les 2 cas, issue heureuse pour la mère et l'enfant, bien que les suites de couches furent fébriles et que, chez l'une des femmes, il survint une endométrite légère.

L'incision à la Fritsch est, au jugement de l'auteur, une bonne modification à la césarienne classique. Cryzewick a pu, sur la femme qui avait subi antérieurement la césarienne classique, voir directement que la réunion de la plaie utérine n'affecte que la couche superficielle de l'utérus. Au cours du décollement du placenta, qui recouvrait justement la cicatrice consécutive à la première opération césarienne, il a

constaté la présence d'un sillon correspondant à toute la hauteur de la cicatrice. D'autre part, il a pu mettre en évidence les adhérences qui s'étaient produites entre la paroi antérieure de l'utérus et la paroi abdominale, adhérences représentées par des brides larges, distendues qu'il fallut sectionner au bistouri. Le tiraillement des adhérences sous l'influence du développement de l'œuf pendant la deuxième grossesse n'avait pas créé de tendance à la hernie interne, et l'auteur estime que ces formations d'adhérences du fond de l'utérus avec les viscères abdominaux et la tendance à la hernie interne seront probablement moins accentuées avec l'incision utérine à la Fritsch.

L'hémorrhagie ne fut pas plus abondante que dans les cas heureux où la césarienne classique est faite. D'ailleurs, la perte de sang ne serait pas subordonnée au mode d'incision, mais plutôt à la minceur de la paroi utérine et à l'atonie qui en est la suite. Faisant une fois la césarienne classique, l'auteur dut inciser une paroi utérine extrêmement mince (enfant de 3,800 grammes et hydramnios) ; l'utérus resta comme une poche flasque et pour mettre fin à la perte de sang, nécessité fut de pratiquer le Porro. Suit la relation des 2 faits. R. L.

Une opération césarienne avec incision fondale, procédé de Caruso (Un'operazione cesarea col taglio sul fondo, processo Caruso). Giovanni Miranda. *Archivio di Ost. e Ginec.*, mars 1899, p. 165.

Obs. — 24 ans, primipare, en travail depuis plus de 24 heures. Rachitique. Bassin rétréci : diamètre antéro-postérieur *minimum* (diam. utile), environ 6 centimètres seulement. Indication absolue à l'opération césarienne. Il y avait, en outre, indication à ne pas temporiser. La durée du travail, l'énergie des douleurs, le relief de l'anneau de contraction, faisaient craindre la rupture de la matrice. *Opération :* incision abdominale commençant 5 centimètres au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'à 7 centimètres du détroit supérieur, *incision* sur le *fond* de l'utérus, mais dans le sens *sagittal* et se prolongeant autant en arrière qu'en avant.

Le placenta est atteint, vers son bord, et sur une étendue d'environ 1 centimètre. Extraction facile du fœtus saisi par les pieds qui étaient au niveau de l'incision ; fœtus de 2,600 gr., légèrement asphyxié mais vite ranimé. Ablation des annexes fœtales, un assistant exerçant avec les mains la compression du cône cervico-utérin. Suture de la brèche utérine (sutures à la soie, à points séparés, comprenant toute la paroi utérine). Puis, suture de la plaie abdominale, le péritoine d'abord, puis la paroi. *Suites opératoires* régulières. Le 8e jour, enlèvement des sutures de la paroi dont la plaie s'était réunie par première intention ; le 14e jour, *exeat.* La femme est en parfaite santé.

L'auteur revendique nettement la priorité de « l'incision fondale » pour Caruso : il déclare qu'il y aurait justice à la dénommer *procédé de Caruso*. Celui-ci l'aurait en effet, proposée dès 1888 à Zweifel qui l'appliqua le 14 décembre 1888 à une femme qui avait déjà subi la césarienne. L'auteur italien d'ailleurs s'est occupé, à maintes reprises, de cette modification à la césarienne classique dans plusieurs monographies Il est vrai qu'il fait l'incision dans le sens sagittal, mais la direction en somme importerait peu, l'essentiel consistant dans le choix du fond de l'utérus pour le siège de l'incision.

CANCER DE L'UTÉRUS ET GROSSESSE (1)

Du traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse (Zur Behandhung des Uteruscarcinoms in der Graviditat). MITTERMAYER. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 1, p. 5.

OBS. 1. — X..., 47 ans ; 18 accouchements normaux et 4 accouchements avant terme. Grossesse actuelle : début au commencement de décembre 1896 ; de temps en temps, petites pertes de sang ; pendant les jours avant l'accouchement, des frissons, pas d'écoulement de liquide amniotique. Le 10 mai au matin, expulsion d'un enfant qui par son volume correspondait à un fœtus de 6 mois. En raison de la rétention du délivre et de la constatation du cancer du col, envoi de la femme à l'hôpital. Température à ce moment, 40°, 1, P. 135. Carcinome assez avancé du col ; canal cervical admettant deux doigts ; Extraction du placenta, désinfection du vagin, et, le lendemain matin, hystérectomie vaginale totale. La température dépassait 39°. Opération assez facile. Immédiatement après, chute de la température à 37° ; le pouls resta encore un jour très fréquent ; puis, peu à peu, redevint normal. *Guérison régulière.*

OBS. 2. — Cancer du col encore justiciable d'une opération radicale, grossesse à 7 mois. X..., 43 ans, 8 accouchements antérieurs, le dernier 7 années auparavant. Début de la grossesse actuelle, au commencement de mars. Vers la mi-juin, apparition de pertes de sang. Partie droite du bord du col de l'utérus intacte ; au contraire, la partie gauche est le siège d'une ulcération profonde, cratériforme, empiétant sur la partie postérieure et antérieure. Cavité cervicale intacte, complètement conservée et fermée. Pas de contractions. T. normale. Pour l'instant, perte de sang modérée.

Opération le 14 septembre : exérèse des tissus cancéreux. Puis incision et excision de la portion vaginale du col de l'utérus qui se laisse facilement abaisser. Ligature de la base du paramétrium, ouverture du Douglas et du

---

(1) Voir le n° d'avril, p. 316.

cul-de-sac vésico-utérin. Deux fortes pinces ayant été ensuite appliquées sur le col à travers le canal cervical, section entre les 2 pinces de la paroi antérieure du col. Cela fait, après s'être assuré directement par le toucher que le délivre n'est pas sur la face antérieure de l'utérus, section médiane de cette région, également entre deux pinces. A ce moment, les membranes font saillie; on les rompt et il s'écoule une quantité normale de liquide amniotique. A travers l'ouverture utérine, introduction de deux doigts, saisie d'un pied, version et extraction du fœtus, manœuvre qui s'accompagne d'un écoulement abondant de sang noir. Extraction manuelle du délivre. Fermeture de l'incision cervico-utérine par une suture continue au catgut dans le but d'éviter une hémorrhagie. Enfin, hystérectomie vaginale totale. Renversement des moignons des ligaments larges dans le vagin, fermeture au catgut de la cavité abdominale. *Guérison normale.*

Au cours de l'opération, l'hémorrhagie fut forte à deux reprises : 1) au moment de l'exérèse des tissus cancéreux; 2) au moment de l'introduction des doigts pour la version (probablement décollement partiel du placenta). L'hystérectomie fut assez facile (utérus mobile et abaissable); 6 à 8 ligatures furent placées sur chaque ligament. Fœtus long de 35 centim., du poids de 1,450 grammes, âgé d'environ 7 mois. Longueur de l'utérus, 22 centim.; du canal cervical, 5 centim.; de l'ouverture au niveau de la paroi antérieure au-dessus de l'orifice interne, 7 centim.

Les avantages de l'opération césarienne vaginale seraient, d'après l'auteur, multiples : l'opération peut être terminée en une séance; on supprime les dangers d'infection que crée la prolongation du travail; il est possible, par la ligature directe ou médiate, de maîtriser les hémorrhagies. Mais il n'est pas possible encore d'établir d'une manière précise les limites de ses indications. Jusqu'à quelle date de la grossesse convient-il de faire la césarienne vaginale suivie de l'hystérectomie vaginale? Dans les cas de grossesse à terme, n'est-il pas préférable de recourir à l'opération de Freund; y a-t-il avantage à combiner les deux voies, etc.: autant de points que des faits plus nombreux, seuls, permettront de résoudre. R. L.

Quelques cas de grossesse compliquée de cancer de la portion du col de l'utérus (Einige Fälle von Schwangerschaft bei Krebs der Portio vaginalis). JAHRREISS. *Cent. f. Gyn.*, 1899, n° 13, p. 349.

OBS. I. — 36 ans. Ipare. Grossesse à 3 mois, cancer du col avec infiltration accusée des ligaments larges. Épuisement profond par suite de pertes de sang et de vomissements abondants. Curettage et fer rouge après interruption de la grossesse.

Obs. 2. — Il s'agit d'une *accouchée* atteinte de cancer inopérable de la portion vaginale du col de l'utérus ; l'accouchement spontané avait eu lieu six semaines auparavant, normalement. Cautérisation au fer rouge.

Obs. 3. — IVpare. État cachectique. Grossesse à 10 mois. Enfant vivant, présentation du sommet. Deuxième position, orifice externe admettant deux doigts, poche des eaux rompues. *Opération césarienne* (Porro), pédicule externe. Enfant vivant. *Mort* de la mère, le quatrieme jour après l'opération, par péritonite septique.

Obs. 4. — IIpare. Grossesse à 8 mois. Cancroïde de la lèvre antérieure, qui a partiellement envahi la lèvre postérieure ; paramétrium indemne. *Opération césarienne* avec *incision fondale transversale*. Application provisoire de plusieurs sutures pour arrêter l'hémorrhagie, ligature des annexes. Fermeture du ventre et *extirpation vaginale totale de l'utérus*. Enfant vivant ; la mère a eu une convalescence régulière.

A l'occasion du dernier cas, l'auteur note que l'incision fondale intéressa le placenta qui s'insérait sur la face antérieure de la matrice et empiétait sur le fond ; l'hémorrhagie fut assez notable. Extraction de l'enfant aisée. L'utérus se contracta bien, en sorte qu'il suffit de quelques points de suture pour arrêter l'hémorrhagie. L'extirpation vaginale de l'utérus fut remarquablement facile, ce à quoi contribua la grande mobilité de l'organe. R. L.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (1).

De l'hystérectomie abdominale contre le cancer du col (Abdominal hysterectomy for cancer of the cervix), J. C. Irish. *Boston med. a. surg. J.*, mars 1899, p. 251.

L'auteur est persuadé que l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix dans tous les cas de cancer du col de l'utérus.

Indépendamment de toutes les raisons qui plaident en faveur de l'hystérectomie abdominale, il en est une en sa faveur qui est capitale : *le sens suivant lequel se fait l'extension de la dégénérescence maligne du col.* Sur un total de 25 sections abdominales pour cancer du col de l'utérus, l'auteur constata 4 fois l'extension du processus cancéreux vers la paroi pelvienne, et la présence d'une masse de tissu cancéreux paraissant avoir le caractère glandulaire, au voisinage de l'artère iliaque interne et très près du point où l'utérine croise l'uretère

Or, dans ces cas, il était absolument impossible par l'exploration

(1) Voir l'article de Picqué et Mauclaire, n° mai 1899, p. 337.

vaginale de localiser ou même de reconnaître cette extension. *A priori* il s'agissait de malades qui paraissaient avoir consulté à un stade précoce de leur maladie. C'étaient, apparemment, des cas tout à fait justiciables de l'hystérectomie vaginale et si on avait fait cette opération, on n'aurait assurément jamais su qu'il y avait déjà des métastases pelviennes. Au contraire, grâce au choix de la voie abdominale, il fut facile de reconnaître ces foyers cancéreux extra-utérins et de les supprimer, dans tous les cas, sans grande difficulté. En résumé, la cœliotomie permit de pratiquer une intervention radicale.

Quelques modifications apportées à la technique opératoire de l'hystérectomie abdominale quand elle est faite pour cancer du col de l'utérus. En premier lieu, asepsie aussi rigoureuse que possible du vagin. Amputation du col de l'utérus exactement au niveau de son insertion au vagin, que la dégénérescence soit étendue ou non. Si le processus a remonté le long de la muqueuse, au-dessus de la surface d'excision, tamponnement de l'utérus. Dans le cas contraire, le tamponnement n'est pas indispensable. Puis, un épais rouleau de gaze est tassé dans le vagin contre la surface d'excision pour absorber et maîtriser l'hémorrhagie, et proémine à la vulve.

D'après l'expérience de l'auteur, cette excision du col posséderait plusieurs avantages : courte, ne demandant que 2 à 3 minutes, elle permet d'enlever plus rapidement et plus complètement le tissu dégénéré qu'un curettage. D'autre part, le tamponnement du col, quand il y a eu indication à le faire, met à l'abri de tout risque d'infection au moment de l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale. En outre, la suppression préalable de la portion vaginale du col abrège notablement l'opération abdominale.

Hystérectomie abdominale. — L'auteur décrit ensuite sa technique opératoire, mais il est regrettable qu'une ou plusieurs figures nettes n'illustrent pas cette partie de sa description. Nous dirons simplement que par une dissection soigneuse des tissus juxta et péri-utérins avec ligature des utérines au ras de l'utérus, dissection et dissociation des tissus poursuivies aussi bas qu'il est nécessaire, le chirurgien s'applique à découvrir les noyaux métastatiques qu'il supprime, que de plus, dégageant soigneusement, après refoulement de la vessie, le conduit utéro-vaginal, il excise tout la portion du vagin qu'exige par exemple la propagation du processus cancéreux à cet organe. La masse utéro-vaginale enlevée, il a coutume de laisser ouverte la brèche vaginale, à travers laquelle il introduit par l'abdomen une bande de gaze qui

proémine juste au niveau de la section vaginale. Enfin, il s'applique à laisser, grâce à des sutures soigneuses des lames péritonéales, le moins possible de surfaces cruentées, contuses, irrégulières.

Résultats. — Du 1er octobre 1893 au 1er mai 1898, l'auteur a observé 25 cas de cancer du col de l'utérus. Les faits sont évidemment trop peu nombreux pour constituer une contribution statistique importante. Toutefois, il s'est efforcé de savoir ce qu'étaient devenues les malades encore survivantes, et il y a réussi sauf pour deux.

Dans trois des cas en question, l'opération ne fut pas complète en raison de l'extension du processus. Dans l'un d'eux, trompes et ovaires furent enlevés et les utérines liées. La vessie ne put être séparée du col de la vessie. — Consécutivement, l'opérée reprit des forces, de l'embonpoint, mais mourut environ deux ans après cette intervention incomplète.

Il y eut 3 *morts des suites de l'opération.* Dans 2 de ces cas, il fallut procéder à une dissection étendue jusqu'aux parois du bassin des ganglions infectés. Dans un de ces cas, l'amputation du col utérin, cancéreux avait été entièrement pratiquée. Dans le 3e cas, l'opération avait été très simple et particulièrement précoce ; malheureusement, survint une attaque de manie aiguë qui emporta la malade le 7e jour après l'opération. Restent 19 cas dans lesquels les malades se remirent. De ce nombre, 9 furent opérées il y a actuellement plus de 3 ans :

1 cas	opéré le	19 octobre	1893 ;	pas de récidive.
1	—	23 novembre	1894	—
1	—	15 janvier	1895	—
1	—	17 juillet	1895	—
1	—	30 décembre	1895	—

Soit, 5 cas, remontant à trois années et plus sans récidives.

Les 4 autres ont fourni les résultats suivants :

Une femme opérée le 5 juin 1894, morte deux années après par récidive cancéreuse (opération précoce en apparence, mais il y avait déjà extension unilatérale aux ganglions pelviens).

Une femme opérée le 1er septembre 1894 ; ganglions infectés, dans le côté gauche du bassin, près du point d'entrecroisement de l'utérine et de l'uretère. Il n'y avait pas de récidives 15 mois après l'intervention. Depuis, cette femme fut perdue de vue.

Une femme opérée le 20 février 1895, mourut deux années après d'hémorrhagie cérébrale. Pas de récidive.

Une femme opérée le 18 juillet 1895 ; *mort* par récidive trois ans plus tard. Quant aux autres dix cas, ils sont de date trop récente pour posséder une réelle valeur. Toutefois, pour cinq seulement de ces cas, on peut noter encore toute absence de récidive. — L'auteur note l'importance qu'il y a à faire un diagnostic exact. Dans la moitié des cas précédents, le diagnostic fut établi formellement par l'examen histologique. Dans les autres, on fit le diagnostic clinique. D'ailleurs, l'épithélioma du col est d'un diagnostic aussi facile que celui de la lèvre, et l'évolution de l'adéno-carcinome cervical est si typique qu'il prête difficilement à des erreurs.

En terminant, l'auteur, estimant qu'il est impossible, par l'exploration clinique, de dépister les métastases cancéreuses pelviennes, métastases qui se rencontrent même dans des cas qui se présentent de bonne heure à l'observation du médecin, conclut : *la seule opération admissible dans le cancer du col de l'utérus, c'est l'hystérectomie abdominale.* R. L.

BIBLIOGRAPHIE

La fixation intra-péritonéale de l'utérus par la voie vaginale contre la rétroflexion (Die rein intraperitoneale Fixirung des Uterus von der Scheide aus zur Heilung der Retroflexio uteri), par von Gottschalk Extrait du *Centralblatt für Gynäkologie*, 1899, nº 4.

Dans cet article Gottschalk décrit un procédé opératoire par lequel il fixe l'utérus rétrofléchi au péritoine qui revêt la face postérieure de la vessie, sans vagino-fixation. C'est en somme l'absence de la vagino-fixation qui distingue ce procédé de ceux décrits récémment en Allemagne pour traiter l'utérus rétrofléchi. Gottschalk aborde l'utérus par le cul-de-sac vaginal antérieur qu'il incise transversalement ; il incise ensuite le repli péritonéal vésico-utérin, détache l'utérus des adhérences qui l'unissent en arrière au Douglas et aux annexes, pose plusieurs fils dans l'épaisseur de sa face antérieure et fixe ces fils dans le péritoine qui revêt la face postérieure de la vessie. Il suture ensuite séparément le repli vésico-utérin, puis l'incision du cul-de-sac antérieur.

L'auteur a fait 14 fois cette opération pour des rétroflexions et même dans plusieurs cas pour des prolapsus. Il dit en avoir retiré de très bons résultats; ses opérations sont encore trop récentes pour qu'il puisse dire ce que donneront les utérus ainsi fixés dans le cas de grossesse. P. LECÈNE.

La douleur en gynécologie (Zur Beurtheilung des Schmerzes in der Gynäkologie), par von D. R. LOMER. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1899.

Dans ce travail consciencieux et documenté, Lomer étudie la douleur en gynécologie.

Il consacre un assez long chapitre de début à l'importante étude de l'hystérie dans ses rapports avec les affections gynécologiques et des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu.

Il passe ensuite à l'étude de la valeur du symptôme douleur en gynécologie et à ce propos Lomer aborde cette question délicate: qu'est-ce que la douleur? Il étudie d'une façon générale, avec des arguments tirés surtout de la physiologie générale et des hypothèses de Head, de Langlois, de Pierre Janet.

Enfin il classe, suivant une division anatomique les différentes douleurs observées dans les différents organes de l'appareil génital de la femme (vagin, col, corps utérin, ovaire, etc...) et cite à propos de chaque sorte de douleur décrite un certain nombre d'observations personnelles. P. LECÈNE.

La Kinésithérapie gynécologique, par H. STAPFER. Masson et Cie, éditeurs. Nos lecteurs ont déjà lu des études sur ce sujet, du même auteur (*Annales de gynécologie*, t. XLV, p. 218 et t. XLVI, p. 342).

Les auto-intoxications de la grossesse, par BOUFFE DE SAINT-BLAISE, 1899.

Ce petit volume est la réimpression de la communication faite par l'auteur au *Congrès de Marseille*, et qui a été publiée dans les *Annales de gynécologie*, novembre et décembre 1898.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME LI

Janvier à Juin 1899.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME LI

Janvier à Juin 1899.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES GÉNÉRALES

REVUE CLINIQUE

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE ANALYTIQUE

BIBLIOGRAPHIE

VARIA

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE


3 2044 081 5